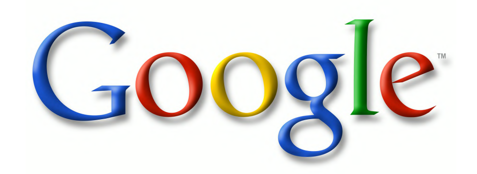


Jahr	In das Findelhaus zugetragen: Knaben	Gestorben	Mädchen	Gestorben	Knaben und Mädchen	Rest vom Vorjahre	Mit den Vorjährig.	Todte beiderlei Geschlechts	% der Mortalität	Augenkranke Summa	Ophth. neon. Summa	Ophth. neon. Inficirt eingetreten	% der Augenkr. zu Zugetragenen	% der Augenkr. zu allen Kranken	Summa aller Kranken	Läsion der Cornea 1 A.	Läsion der Cornea 2 A.	Erblindet auf 1 A.	Erblindet auf 2 A.	Läsion der Cornea und Blindheit b. Todten unbestimmt an 1. A. 2 A.
1826	—	—	—	—	4080	—	—	921	22,5	Von 1826—39 wurden 4/5 der Augenkranken krank in's Findelhaus gebracht, 1/5 erkrankte in der Anstalt. Im Mittel litten von 800 Brustkindern 60 an Augenkrankheiten.			—	—	1642	—		—		—
27	—	—	—	—	4024	—	—	974	24,5				—	—	1598	—		—		—
28	—	—	—	—	4072	—	—	934	22,7				—	—	1714	—		—		—
29	—	—	—	—	3993	—	—	1065	26,6				—	—	1675	—		—		—
30	—	—	—	—	4090	—	—	910	22,2				—	—	1885	—		—		—
31	—	—	—	—	4150	—	—	820	19,7				—	—	1923	—		—		—
32	—	—	—	—	4229	—	—	752	17,7				—	—	1874	—		—		—
33	—	—	—	—	4515	—	—	792	17,5				—	—	1874	—		—		—
34	—	—	—	—	5183	—	—	949	—				—	—	—	—		—		—
35	—	—	—	—	5233	—	—	941	—				—	—	—	—		—		—
36	—	—	—	—	5382	—	—	1018	—				—	—	—	—		—		—
37	—	—	—	—	5376	—	—	1430	—				—	—	—	—		—		—
38	—	—	—	—	5314	—	—	1317	—				—	—	—	—		—		—
39	—	—	—	—	5502	—	—	1417	—				—	—	—	—		—		—
1846—47	2874	—	2981	—	5855	—	—	—	—	460	Bei 374 Corneal- u. and. Affection.		—	—	—	—		v. 882		—
1847—48	3055	—	3168	—	6223	—	—	—	—	422			—	—	—	—		21	43	7 %
1848—50	5769	—	6000	—	11769	—	—	—	—	803	Bei 193 dasselbe		—	—	—	—		6	25	—
1854	—	—	—	—	—	—	—	—	—	646	—	—	—	—	—	11	5	13	8	—
55	3168	--	3175	—	6343	—	—	1751	27,7	580	—	—	—	—	—	11	4	12	1	—
56	3459	—	3388	—	6847	—	—	1887	27,9	564	—	—	—	—	—	17	1	13	1	—
57	3328	829	3413	736	6741	—	—	1565	23,2	551	—	—	—	—	—	20	5	10	3	—
58	—	—	—	—	6454	—	—	1301	20,1	—	—	—	—	—	—	—		—		—
59	—	—	—	—	6835	—	—	1447	21,1	—	—	—	—	—	—	—		—		—
60	—	—	—	—	6787	—	—	1428	21,0	—	—	—	—	—	—	—		—		—
61	—	—	—	—	6496	—	—	1551	23,8	491	476	193	—	—	—	20	23	11	3	—
62	—	—	—	—	5922	—	—	1329	22,4	—	—	—	—	—	—	—		—		—
63	—	—	—	—	5804	—	—	1154	19,8	—	—	—	—	—	—	—		—		—
64	2957	700	3014	629	5971	632	6603	1329	21,1	514	488	—	8,5	18,0	2810	15	4	44	15	69 a. 125 A.
65	—	—	—	—	5768	590	6358	1309	22,6	—	—	—	—	—	—	—		—		—
66	—	—	—	—	6158	571	6729	1173	18,9	—	—	—	—	—	—	—		—		—
67	—	—	—	—	6466	686	7157	1149	16,0	—	—	—	—	—	—	—		—		—
68	3326	688	3315	581	6641	729	7373	1269	17,0	576	475	299	7,3	12	4500	45	9	21	8	29
69	3392	766	3405	630	6797	638	7437	1396	18,7	675	549	322	9,0	11,6	5778 [1]	22	14	18	10	8
70	3455	736	3359	656	6814	728	7542	1392	18,4	606	523	246	8,1	10,4	6099	(41)		30	7	?
71	3595	837	3615	703	7210	908	8120	1540	18,9	549	452	239	6,7	8,5	6459	21	6	4	3	7
72	3730	801	3848	724	7578	770	8352	1525	18,2	555	448	293	6,6	8,8	6303	26	11	12	5	7
73	3743	1065	3767	959	7510	754	8280	2024	24,4	647	533	303	—	8,7	7064	76	24	2,3%	0,7%	10
74	3964	1498	3714	1301	7678	998	8687	2799	32,2	614	379	322	7,0	8,4	6865	25	19	18	19	36
75	3867	1164	3761	1047	7628	891	8531	2211	29,4	694	538	249	8,1	9,1	7069	33	16	?	?	28
76	3743	1032	3824	866	7567	1027	8603	1898	24,5	592	433	321	7,2	7,6	7249	33	6	8	3	17
77	3927	789	3845	687	7772	860	8654	1476	18,3	492	379	230	6,2	7,6	5983	27	12	9	4	20
78	4041	662	4003	591	8044	617	8682	1253	15,1	641	505	418	8,1	11,2	5132	36	15	13	5	?
79	4229	600	4124	539	8353	407	8767	1139	14,2	698	560	469	8,3	13,2	5172	43	19	19	7	?
80	4342	705	4316	572	8658	753	9417	1277	14,7	821	669	563	8,9	—	4850	9	6	17	12	3
81	4518	987	4481	886	8999	775	9800	1873	20,7	797	675	561	8,2	11,5	6426	19	2	7	16	21
82	4538	1031	4663	984	9201	778	10010	2015	22,0	722	643	482	7,1	—	5935	6	1	15	5	13
83	4613	1352	4633	1271	9246	960	9246	2623	28,6	688	615	476	6,9	—	6820	(59)				?
					125696					10367	8376	5793				421	160	191	104	199
					Summa aus 16 Jahren 1868—1883					(8,24 %)	(6,6 %)	(69%)				Summe von 14		13		12*) Jahren.

St.Petersburger Medicinische Wochenschrift

Karl Krannhals Dehio
(Johannes Schroder, Theodor V.)


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

UNTER DER REDACTION VON

PROF. ED. v. WAHL, Dorpat.

DR. THEODOR v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

XIII. JAHRGANG.
(NEUE FOLGE V. JAHRGANG).

ST. PETERSBURG.
1888.

Inhalts-Verzeichniss.

(Die mit einem * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten).

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Namen-Register.



Дозв. ценз. Спб. 30. Декабря 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. L. v. HOLST, St. Petersburg. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten.

№ 1. **St. Petersburg, 2. (14.) Januar** **1888.**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1888 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie stellt sich die Aufgabe ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin **der russischen und polnischen medicinischen Literatur** widmen, und es sich angelegen sein lassen, die fortlaufende Kenntnissnahme derselben den mit den betreffenden Sprachen nicht vertrauten Fachgenossen zu vermitteln. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung **in Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; in den anderen Ländern **16** Mark für das Jahr, **8** Mark für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja Haus 33. Quart. 3) zu richten. — **Inserate** werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Comptoir von Fr. Petrick, Newski-Prospect № 8., angenommen.

Ein Fall von Ruminatio humana.

Von
Dr. Karl Dehio,
Prof. ext. der Universität Dorpat.

Am 21. November d. J. consultirte mich der 21-jährige Apothekergehilfe H. L. aus Tschorna am Peipussee wegen einer leichten, chronischen Laryngitis und Bronchitis; während der Untersuchung theilte derselbe mir beiläufig mit, dass er an einer eigenthümlichen Art von «Aufstossen» leide, durch welches Speisen, die er kurz vorher genossen hatte, wieder in den Mund befördert, nochmals gekaut und dann wieder verschluckt wurden.

Die genauere Anamnese ergab Folgendes: Patient stammt von gesunden Eltern, die namentlich nicht an einer ähnlichen Störung der Speiseverarbeitung gelitten haben. Bis zum 12. Jahr will er ganz gesund gewesen sein, dann erkrankte er an einem heftigen, langdauernden Keuchhusten, dessen Anfälle stets mit Erbrechen verknüpft waren. Nachdem der Keuchhusten aufgehört hatte, blieb das Aufstossen der genossenen Speisen nach. Dasselbe erfolgte bis zum 16. Lebensjahr regelmässig und ausnahmslos nach jeder Mahlzeit und durch dasselbe wurde die genossene Speise in Quantitäten von der Grösse gewöhnlicher Bissen ohne Anstrengung und unabhängig vom Willen des Patienten wieder in den Mund befördert, ohne dass Ekelgefühl, Uebelkeit oder Schmerz damit verbunden waren. Die wiedergekehrte Speise wurde vielmehr mit Behagen, wie Pat. ausdrücklich hervorhob, nochmals durchgekaut und dann zum zweiten Mal verschluckt. Gleich darauf trat eine zweite Partie der Speise herauf, die ebenso verarbeitet wurde und so fort. Eine genauere Beschreibung der Bewegungsvorgänge, die den Bissen in den Mund zurück beförderten, konnte Pat. nicht geben; nur soviel ging aus seinen Aussagen hervor, dass die Bauchmuskeln daran nur in geringem Grade betheiligt waren und das Epigastrium sich beim Aufstossen nur wenig bewegte. Meist begann dieses Wiederkäuen etwa ¼ Stunde nach Beendigung der Mahlzeit und dauerte ½ bis eine Stunde, selten länger. Die aufgestossenen Speisen kamen ziemlich unverändert wieder und schmeckten namentlich nicht sauer, die Milch war aber stets schon geronnen. Aufstossen von Gasen war mit der Rumination nicht verbunden. Im Uebrigen liess die Verdauung nichts zu wünschen übrig, und Pat. giebt auf Befragen an, dass der Appetit stets vortrefflich war, ja dass er wie damals, so auch jetzt die Gewohnheit habe, ungewöhnlich viel zu essen. In den späteren Jahren wurde das Wiederaufsteigen der Speisen immer seltener und erfolgt jetzt nur ausnahmsweise nach grösseren Mahlzeiten, besonders nach Mehlspeisen und nach süssen Dingen. Ganz regelmässig tritt es aber auch jetzt noch ein, sobald Pat. Grützbrei geniesst. Im letzten Jahre hat Pat. ab und zu an leichten dyspeptischen Störungen (Uebelkeit und Magenschmerzen) gelitten, die jedoch nach einem Laxans und mehrtägiger Speiseenthaltung stets wieder geschwunden sind.

Patient ist ein ziemlich blasser, magerer und nervöser Mensch, leicht psychisch erregt und zu hypochondrischer Selbstbeobachtung geneigt. Der unbedeutende Catarrh der

Luftwege macht ihm grosse Sorge; dagegen ist er überzeugt, dass das Wiederkäuen bald ganz aufhören werde, da es in der letzten Zeit viel seltener geworden sei.

Am Morgen des 22. Nov. untersuchte ich Pat. bei nüchternem Magen; zuletzt gegessen hatte er am Abend des vorherigen Tages, also etwa 12 Stunden vor meiner Exploration. Die in den Magen eingeführte Sonde erwies, dass derselbe vollständig leer war, denn es liessen sich nur ein paar Tropfen klarer, schwachsaurer, leicht gallig gefärbter Flüssigkeit durch das Schlundrohr zu Tage fördern. Die Leberdämpfung war normal und das ganze übrige Abdomen schallte sowohl im Liegen wie im Stehen tympanitisch. Ich liess nun den Pat. ein Glas (= 250 Ccm.) lauwarmen Wassers trinken und fand, dass darnach die Magendämpfung in der Medianlinie 5 Ctm. unter dem Leberrande stand. Nach dem zweiten Glase sank sie um weitere 3 Ctm. und nach dem dritten noch um 4 Ctm. herab, so dass sie nunmehr bis 2 Ctm. unterhalb des Nabels herabreichte. Nach dem vierten Glase entstanden sofort gurrende Geräusche in der Gegend des Pylorus und die Magendämpfung dehnte sich nicht weiter aus, offenbar weil ein Theil des getrunkenen Wassers durch eine active Magencontraction in den Darm entleert wurde. Nach dem fünften Glase trat die Magendämpfung noch 2 Ctm. tiefer herab und reichte nun nach links bis zur vorderen Axillarlinie, wo sie unter dem linken Lungenrande verschwand. Liess ich den Pat. nach der von Kernig geübten Weise sich auf die rechte Seite legen, so reichte die Magendämpfung ebenso weit nach abwärts wie im Stehen, in der Rückenlage dagegen verschwand sie vollständig und wurde durch tympanitischen Schall ersetzt. Während des Wassertrinkens war in der Magengrube regelmässig 6 bis 8 Secunden nach jeder Schluckbewegung ein deutliches Durchpressgeräusch zu hören. — Am folgenden Tage liess ich den Kranken c. 2 Grm. Natr. bicarb. und ebenso viel Acid. tartaric. in Wasser gelöst zu sich nehmen, worauf der laute Percussionsschall des aufgeblähten Magens sich nach abwärts bis einen Finger unter den Nabel, nach rechts bis zur Mammillarlinie und nach links bis zur Mitte zwischen der linken Mammillarlinie und der linken vorderen Axillarlinie erstreckt; zugleich wölbte sich das Epigastrium stark vor und Pat. beklagte sich über ein sehr starkes und schmerzhaftes Druck- und Völlegefühl in der Magengegend, das erst nach etwa 5 Minuten schwand, nachdem durch starkes Aufstossen reichliche Gasmengen aus dem Magen entfernt worden waren. Ein Uebertritt der Magengase in den Dünndarm, wie ihn Ebstein als charakteristisch für die sog. Insufficienz des Pylorus angiebt, fand nicht statt.

Am 24. Nov. liess ich Pat. um 8 Uhr Morgens ein Frühstück, das aus einer Tasse Thee (ohne Rahm) und zwei kleinen Zwieback bestand, zu sich nehmen und versuchte um 10 Uhr den Mageninhalt mit Hülfe der Schlundsonde zu exprimiren. Der Versuch gelang aber nicht, weil der Magen sich schon als vollständig leer erwies. Weiteren Versuchen hat Pat. sich leider entzogen, so dass ich über den Chemismus seiner Magenverdauung keine genaueren Aussagen machen kann, ich darf aber wohl annehmen, dass derselbe sich ganz normal verhielt, da Pat. über keinerlei Magenbeschwerden klagte und ein überlanges Verweilen der Nahrung im Magen nach meinen Versuchen jedenfalls ausgeschlossen werden konnte. Im Uebrigen waren, abgesehen von dem schon erwähnten leichten Catarrh der Luftwege keinerlei pathologische Veränderungen am Kranken zu bemerken.

Die vorliegende flüchtige Beobachtung vermag uns ebenso wenig wie alle früheren, in der Literatur vorhandenen, ein klares Verständniss des Vorganges der Rumination zu erschliessen. Nur Eines geht aus derselben hervor, nämlich dass *eine primäre Störung der Magenthätigkeit*, sei es der chemischen, sei es der motorischen Seite derselben, *zur Entstehung des menschlichen Wiederkäuens nicht nöthig* ist. Mein Patient erfreute sich, obgleich er seit neun Jahren ruminirte, einer guten Verdauung und die leichte Atonie der Magenwand, welche, wie die Untersuchung ergab, allerdings vorhanden war, darf uns hieran nicht irre machen. Sie ist ziemlich natürlich bei einem Menschen, der seiner eigenen Aussage nach ein Vielesser war; bei der Häufigkeit einer solchen Atonie und der Seltenheit der Rumination dürfen wir einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen beiden Dingen selbstverständlicher Weise nicht annehmen. Der Pylorus functionirte offenbar völlig normal und auch *die motorische Leistungsfähigkeit der Cardia war*, wie ich glaube zeigen zu können, *nicht beeinträchtigt*; denn wenn mein Patient Wasser schluckte, so hörte man in der Herzgrube ein deutliches Durchpressgeräusch, welches nach der gewöhnlichen Ansicht über die Entstehung dieses Geräusches bei einer Lähmung der Cardia wohl hätte fehlen müssen. Noch mehr sprach ferner für die normale Schlussfähigkeit der Cardia der Umstand, dass, nachdem der Magen durch Kohlensäure unter starkem Druck ausgedehnt worden war, dieses Gas ganz ebenso gut wie bei einem gesunden Menschen zurückgehalten wurde. Erst nach einiger Zeit (circa 5 Minuten) öffnete sich die Cardia und liess die Kohlensäure unter starken Eructationen entweichen; wäre sie gelähmt oder geschwächt gewesen, so hätte sie wohl kaum so lange dem Druck des Gases widerstanden. Ich lege auf die Thatsache, dass die Cardia in meinem Falle ihre volle Leistungsfähigkeit bewahrt hatte, besonderes Gewicht, weil nach dem Vorgange von Dumur[1]) neuerdings auch Poensgen[2]) und Oser[3]) eine Lähmung oder wenigstens eine Herabsetzung des Tonus des Schliessmuskels der Cardia als nothwendige und wesentliche Vorbedingung für das Wiederaufsteigen der Speisen bei der Rumination ansehen.

Im Gegensatz zu dieser Anschauung, für welche in meinem Falle alle objectiven Anhaltspuncte fehlten, gestehe ich, dass der ganze Vorgang des Wiederkäuens nach der Beschreibung meines Patienten auf mich den Eindruck eines perversen, combinirten Bewegungsvorganges machte, wie wir ihn ähnlich auch beim Erbrechen kennen. Seit wir wissen, dass beim Erbrechen die Cardia nicht blos passiv durch den andrängenden Mageninhalt dilatirt wird, sondern dass sich zur Action der Wandmusculatur des Magens und der Bauchpresse auch noch eine durch die Thätigkeit des sog. Musculus dilatator Cardiae bewerkstelligte *active* Eröffnung der letzteren hinzukommen muss, wenn anders der Mageninhalt wirklich erbrochen werden soll, — liegt es nahe anzunehmen, dass auch beim menschlichen Wiederkäuen *eine ad hoc eintretende, selbstthätige Eröffnung der Cardia sich mit den austreibenden Bewegungen des Magens in gesetzmässiger Anordnung combinirt*, um den regurgitirenden Bissen in die Mundhöhle zu treiben. Ob auch die Bauchmuskeln und das Zwerchfell an diesem Bewegungsvorgang betheiligt sind, lasse ich dahingestellt.

Ich glaube also, dass der Regurgitation der Speisen beim menschlichen Wiederkäuen ein typischer Bewegungsmechanismus zu Grunde liegt, dessen Thätigkeit, wie die Erfahrung lehrt, an den Genuss einer Mahlzeit gebunden ist. Es muss daher angenommen werden, dass durch die mit der Speiseaufnahme verknüpften sensiblen Erregungen wohl vom Magen aus bei Rumination dieser Bewegungsmechanismus in Thätigkeit versetzt wird. Es ist somit der ganze Vorgang des ruminatorischen Aufsteigens der Speisen *reflectorischer Natur*. Den Ort, wo diese centripetalen sensiblen Erregungen auf die centrifugalen motorischen Bahnen für die Dilatation der Cardia und die Contraction des Magens übertragen werden, dürfen wir wohl im Gehirn suchen, seit Openchowski und Hlasko[4]) die Centra für die

---

[1]) Dumur: De la paralysie du Cardia ou Mérycisme Dissertat. Bern 1859 (citirt nach Poensgen).

[2]) E. Poensgen: Die motorischen Verrichtungen des menschlichen Magens etc. Strassburg 1882.

[3]) Oser: Die Neurosen des Magens. Wien und Leipzig 1885.

[4]) Ein Referat dieser interessanten Arbeit findet sich in der № 22 dieses Jahrganges der vorliegenden Wochenschrift.

ebengenannten motorischen Functionen des Magens daselbst aufgefunden haben.

Die Rumination wäre somit als eine motorische Reflexneurose des Magens aufzufassen und von diesem Gesichtspunct aus gewinnt die anamnestische Angabe des Patienten ein grosses Interesse, der zu Folge sein Leiden aus dem häufigen Erbrechen hervorgegangen ist, von welchem er während des Keuchhustens heimgesucht wurde. Dass die beim Erbrechen und bei der Rumination stattfindende Erregung motorischer Nerven zum Theil in den gleichen Bahnen ablaufen muss, ist an sich klar, weil bei den Vorgängen theilweise dieselben motorischen Endeffecte erzielt werden. Es dürfte daher die Annahme erlaubt sein, dass bei dem ursprünglich nervös veranlagten Kranken nach Ablauf des Keuchhustens eine erhöhte Erregbarkeit der das Erbrechen vermittelnden Nervenbahnen und -centra nachgeblieben ist; dieselben dürften während des Keuchhustens gleichsam in Uebung gekommen sein, so dass sie nachträglich auf die geringen vom gefüllten Magen ausgehenden centripetalen Reize sogleich mit dem coordinirten Reflex des Aufstossens der Speisen antworteten. Wir können dann noch einen Schritt weiter gehen und die Rumination in unserem Fall als eine *functionelle* Reflexneurose ansehen, die sich in Folge der Ueberanstrengung der Brechcentra entwickelt hat. Wissen wir doch, dass auch andere Reflexe sich ähnlich verhalten und dass namentlich bei Kindern, die am Keuchhusten gelitten haben, oft noch lange die Neigung anhält, bei jedem leichten gewöhnlichen Kehlkopfcatarrh wieder in der früheren Art krampfhaft und anfallsweise zu husten und zu würgen. Beiläufig bemerkt, führt auch Eichhorst[5]) eine Beobachtung an, wo Keuchhusten der Rumination vorangegangen war.

In jüngster Zeit hat Johannessen[6]) drei Fälle von Rumination veröffentlicht und bei dieser Gelegenheit die Literatur und die Aetiologie dieses Leidens ausführlich besprochen. Aus der grossen Menge der verschiedenartigsten Angaben, die er in letzterer Beziehung gesammelt und zusammengestellt hat, geht jedenfalls hervor, dass die Rumination erstens in sehr vielen Fällen von einer krankhaften Veranlagung des Nervensystems abhängig ist und dass zweitens in der Mehrzahl der Fälle die Patienten auffallend viel und rasch zu essen pflegten. Beides trifft vollkommen auch auf meinem Kranken zu. Derselbe ist nervös und zu Hypochondrie geneigt und hat gleichzeitig die Gewohnheit, den Magen mit übermässig grossen Speisemengen zu belasten. Es liegt auf der Hand, dass diese Umstände als prädisponirende Momente für sein Leiden, wie ich es auffasse, angesehen werden müssen. Wie alle functionellen Neurosen, so wird auch die Rumination sich besonders leicht auf dem Boden einer neurasthenischen Veranlagung entwickeln können, und dass die Anfüllung des Magens mit Speisen durch Zerrung und mechanische Reizung des letzteren um so eher den Ruminationsreflex wird hervorrufen können, je grösser die eingeführten Massen sind, das brauche ich nicht weiter auszuführen.

Eine neue Methode der chirurgischen Behandlung des chronischen folliculären Trachoms.

(Vortrag gehalten im Verein St. Petersb. Aerzte am 22. Dec. 1887.)

Von

Dr. Th. von Schröder,

Arzt an der St. Petersburger Augenheilanstalt.

M. H.! Die Hartnäckigkeit, mit welcher das chronische Trachom der gebräuchlichen medicamentösen Behandlung widersteht, ist bekannt und hat schon oft zu Versuchen geführt, die lange Dauer der Behandlungszeit durch energisches Vorgehen abzukürzen. Wie erstrebenswerth dies Ziel ist, braucht wohl nicht näher auseinandergesetzt zu werden. Nur hinweisen möchte ich darauf, dass die lange Dauer der gebräuchlichen medicamentösen Behandlung dieselbe nur zu häufig nicht zur Anwendung gelangen lässt, weil sie zu zeitraubend ist. Der Gebrauch verschiedener Tropfen, wie Cupr. sulf., Zink. sulf., Plumb. acet. etc. zu Hause genügt nur in wenigen Fällen und noch seltener ist es möglich den Patienten den Cuprumstift anzuvertrauen und sie im Gebrauch desselben zu unterweisen. Die bei weitem grösste Mehrzahl der Patienten muss sich entschliessen den Arzt wenigstens ein paar Mal in der Woche aufzusuchen, um sich von ihm beizen zu lassen. Wie vielen ist das aber möglich? Seine grösste Ausbreitung hat das Trachom bekanntlich in den niederen Schichten der Stadtbevölkerung und unter den Bauern. Letzteren ist ein häufigeres Fahren zum Arzt besonders zur Zeit der Feldarbeiten natürlich unmöglich, selbst wenn der gute Wille vorhanden wäre, der meist fehlt; aber auch den unteren Classen der Stadtbevölkerung raubt der Gang in die Ambulanz, das Warten in derselben, der Reizzustand der Augen nach dem Beizen soviel von der zum Lebensunterhalt nothwendigen Arbeitszeit, dass sie vielfach die Behandlung selbst oder auf Veranlassung ihrer Arbeitgeber bald aufgeben müssen. Die Folge davon ist natürlich, dass solche Kranke erst viel später, wenn Keratitis pannosa, Trichiasis, Distichiasis etc. im Gefolge des Trachoms aufgetreten sind und das Sehvermögen mehr oder weniger ernstlich unheilbar geschädigt haben, wieder zum Arzt kommen. — Obgleich dieses allen Aerzten, die Trachomkranke zu behandeln haben, nur zu wohl bekannt ist; obgleich mehrfach Versuche gemacht worden sind, durch kurzdauernde energische Behandlungsmethoden das Trachom bei Zeiten zu beseitigen, so sind wir im Grossen und Ganzen doch noch auf die langwierige Behandlung mit dem Cuprumstift angewiesen, dem der Alaun- und Resorcinstift nie ernstliche Concurrenz machen konnten, ebenso wenig Lapis als Stift oder in Lösung, da er bei längerem Beizen wohl die Trachomkörner zerstört, aber zu hochgradiger Argyrose der Conjunctiva führt.

Bei diesem Stande der Dinge muss jede neue Methode, die geeignet erscheint die Behandlungsdauer abzukürzen, willkommen geheissen werden, selbst wenn sie dieses Ziel auch nur für einen Theil der Trachomfälle erreicht. Deshalb möchte ich sie heute mit einem Verfahren bekannt machen, das seit einigen Monaten in der Augenheilanstalt von mir geübt worden ist und mir gute Resultate gegeben hat. Vorher aber erlauben Sie mir, Ihnen eine kurze Uebersicht über die erwähnten Versuche der radicalen Heilung oder der Abkürzung der Behandlungszeit des Trachoms zu geben. Man hat dieses Ziel durch Medicamente oder auf operativem Wege zu erreichen gesucht. Unter ersteren gebührt vor Allen dem von Wecker in die Therapie eingeführten Jequirity Erwähnung, weil dasselbe, von sehr Vielen in Anwendung gezogen, eine ganze Literatur pro und contra hervorrief. Das Infus der Samen von Abrus precatorius, in Brasilien Jequirity genannt, ruft, auf die Conjunctiva gebracht, hochgradige Blennorrhoe hervor, welche nach v. Wecker das Trachom zerstören sollte, ohne dem Auge gefährlich zu sein. Die vielfachen Versuche anderer Ophthalmologen bestätigten leider diese sensationelle Empfehlung nicht; es stellte sich heraus, dass öfter schwere Cornealleiden (Ulcus, Abscess) durch die Blennorhoe bewirkt werden, die zu Leucom der Cornea, ja mehrfach zu Panophthalmitis und Phthisis bulbi führten. Auch bei uns in der Augenheilanstalt ist ein solcher Fall beobachtet worden, wo es zu Ulcus corneae und Leucombildung kam. Die trachomzerstörende Wirkung des Jequirity wurde dagegen oft vermisst, so dass man angesichts der Gefährlichkeit desselben fast allgemein davon zurückkam. In einer sorgfältigen Studie von Dahlfeldt[1]), in welcher sich die ganze Lite-

---

[5]) Eichhorst: Specielle Patholog. und Therap. Bd. II. 1885. pag. 149.

[6]) Johannessen: Ueber das Wiederkäuen beim Menschen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. X, p. 274 u. ff. und Johannessen: Zwei neue Fälle von Wiederkäuen beim Menschen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XII.

[1]) Inaug.-Diss. Dorpat 1885.

ratur und eine Zusammenstellung der zahlreichen durch Jequirity verursachten Unglücksfälle findet, wird auf Grund der bisherigen Erfahrungen und einer Reihe von Krankengeschichten der Schluss gezogen, dass das Jequirity nur indicirt sei in den Fällen von inveterirtem Trachom mit Pannus, wo die übliche Therapie erfolglos gewesen und die Sehschärfe so weit herabgesetzt ist, dass die Pat. nicht mehr arbeitsfähig sind. Aber selbst diese so sehr beschränkte Indication wird durch die angeführten Krankengeschichten nicht gestützt, da in keinem der Fälle sich die Angabe findet, dass alle übrigen Mittel bereits erfolglos in Anwendung gezogen worden seien. In unserer Augenheilanstalt wurden nach den ersten wenig ermuthigenden Fällen noch einige zur Jequiritybehandlung in Aussicht genommen, man stand aber von derselben ab, da die Besserung auch auf andere Mittel sich allmälig einstellte. Mag man aber auch noch eine Indication für das Jequirity festhalten, Bedeutung hat es nicht mehr, seit es sich erwiesen, dass die sichere radicale Heilung des Trachoms dadurch nicht zu erreichen ist. Wäre das der Fall, so liesse sich über die Gefährlichkeit, die Indicationen etc. noch discutiren. Die Thatsache aber, dass man zur raschen Beseitigung des Trachoms selbst vor den Gefahren einer acuten Blennorrhoe nicht zurückschreckte und bei Aussicht auf Erfolg auch nicht zurückschrecken würde, möge Ihnen zum Beweise dienen, wie nothwendig uns ein solches trachomzerstörendes Mittel ist.

Weiterhin sind die von Dr. Schtschepkin vorgeschlagenen subconjunctivalen Injectionen von 2%iger Carbolsäurelösung zu erwähnen, die eine specifische Wirkung gegen die Trachomkokken ausüben sollte. Diese durch ihre Schmerzhaftigkeit sich wenig empfehlende Methode hat nur wenig Anklang gefunden und es sind bereits Berichte über fast vollständig negative Resultate bei Anwendung derselben erschienen (E. Sserebrjannikowa. Wr. № 32. 1887).

Weit mehr Erfolg als mit Medicamenten hat man bei den Versuchen gehabt auf operativem Wege das chronische Trachom rascher zur Heilung zu bringen. Aber auch hier sind die Methoden noch unvollkommen, theils weil ihre Anwendung zu mühsam und zeitraubend ist, theils weil bei dem auf Entfernung des trachomatösen Gewebes abzielenden Verfahren zu viel gesundes Gewebe zerstört oder mitentfernt wird. Die meisten Methoden erreichen dies Ziel, die Entfernung des trachomatösen Gewebes auch nur in sehr ungenügendem Grade. Natürlich lässt sich von keiner operativen Methode die Zerstörung aller Trachomkeime sicher erwarten; die folgende reactive Entzündung kann dieselbe bewirken, immer aber wird man auf Recidive gefasst sein müssen, die durch Medicamente zu bekämpfen sind oder bei Vernachlässigung ein erneutes operatives Vorgehen erforderlich machen. Fordern muss man von einer guten operativen Methode die Entfernung aller oder doch der meisten sichtbaren Trachomfollikel. Sehen wir, wie weit die bisher üblichen Methoden dieser Forderung gerecht werden.

Eine ganze Reihe von Methoden geht darauf aus, jeden Follikel einzeln zu zerstören. Beim einfachen *Aufstechen jedes Follikels mit dem Messer* wird das natürlich noch nicht erreicht; die nachfolgende Beizung mit dem Cuprumstift kann aber viel energischer auf das Gewebe des Follikels einwirken und denselben rascher zum Schwinden bringen. Die Heilung wird durch dies combinirte Verfahren entschieden beschleunigt, wie ich aus Erfahrung behaupten kann; es erfordert aber bei einigermaassen stärker entwickeltem Trachom ungeheuer viel Mühe und Zeit und muss in einer langen Reihe von Sitzungen wiederholt werden, da das hervortretende Blut die Fortsetzung der kleinen Operation bald hindert. — Der grösste Mangel dieser Methode ist aber natürlich der, dass das kranke Gewebe nicht sofort entfernt wird. Das suchte man durch *Auskratzen mit dem scharfen Löffel* zu erreichen, erreichte es aber nur in höchst unvollkommener Weise. Das je weiter zur Uebergangsfalte hin um so lockerere subconjunctivale Gewebe lässt die Conjunctiva mit den Follikeln ausweichen und sich falten auf den Druck des Löffels, der somit keinen Widerstand findet und nicht wirken kann, wenn man nicht jeden einzelnen Follikel mit der Pincette fixiren und dann auskratzen will. Bei einer grösseren Menge von Follikeln liesse sich das aber wohl nicht durchführen, besonders da auch hierbei sehr bald das kleine Operationsfeld von Blut und Thränen überströmt wird, die das weitere Operiren unmöglich machen. Letzterer Umstand hindert auch das Auskratzen an der Conjunctiva tarsi, wo das festere subconjunctivale Gewebe die Follikel genügend für den Löffel fixirt. Zudem ist aber nicht hier, sondern an der Uebergangsfalte, im Conjunctivalsack der Hauptsitz der Trachomfollikel. Aus diesen Gründen ist das Auskratzen in der hiesigen Augenheilanstalt auch nur ausnahmsweise bei besonders reichlichen und grossen Follikeln geübt worden. — Das geschieht aber jetzt auch nicht mehr, da wir gerade für diese grossen, reifen Follikel ein viel einfacheres, zweckmässigeres Verfahren besitzen in dem *Ausdrücken und Ausquetschen der Follikel mit der Pincette.* Man benutzt dazu eine Pincette mit am Ende umgebogenen starken Branchen, mit denen der Follikel gefasst und zerquetscht wird. Ist er gross und die ihn bedeckende Membran dünn, so reisst die letztere schon bei mässigem Druck und der Inhalt entleert sich. Ist er dagegen kleiner, wenig erhaben, so bedarf es eines starken Druckes um ihn zu zerquetschen, wobei das umgebende gesunde Gewebe natürlich mitgequetscht wird. Das giebt für eine bedeutendere Anzahl von Follikeln zusammen eine nicht unerhebliche Läsion des normalen Conjunctivalgewebes. Dazu kommt, dass der kleinere Follikel, prall elastisch, bedeckt von glatter Conjunctiva, schwer isolirt zu fassen ist, leicht den Branchen der Pincette entgleitet und daher meist das Mitfassen eines grösseren Theiles des umgebenden normalen Gewebes nöthig wird. Der grosse, reife Follikel ist leicht an seiner Basis zu fassen und durch leichtes Anziehen beim Drücken der Inhalt zugleich herauszudrücken und herauszustreifen. Allerdings nicht überall; auf der Conjunct. tarsi, in welcher er unbeweglich sitzt, gleitet die Pincette ab. Nur am oberen (resp. unteren) Rande des Tarsus des oberen (resp. unteren) Lides lässt sich das Ausquetschen durch Fassen des ganzen Tarsus zwischen die Pincettenbranchen bewerkstelligen. Hier lässt sich dasselbe auch durch das weniger delicate, aber viel einfachere und ebenso wirksame Ausquetschen zwischen den Daumennägeln ersetzen, das aber natürlich auch nur bei grossen reifen Follikeln Erfolg hat. — Bedenken wir nun, dass der Entwickelungszustand der Follikel bei demselben Kranken ein sehr verschiedener ist und dass unter der grossen Menge der Kranken nur relativ wenige zum Ausquetschen geeignete grosse, reife Follikel aufweisen, so ist es ersichtlich, dass auch dieses Verfahren einen nur sehr beschränkten Werth besitzt. — Eine viel grössere Bedeutung hat die *galvanocaustische Zerstörung der Follikel*, die kürzlich von Reich[2]) sehr warm empfohlen worden ist. Er beschränkte sich fast nur auf Verbrennen jedes einzelnen Follikels mit dem Galvanocauter, dessen Ende nadelförmig sein muss, um das gesunde Gewebe möglichst wenig zu verletzen. Ausgedehntere, flächen- oder streifenförmige Cauterisationen hält er auf der Conjunctiva tarsi für unzulässig, da sie durch Narbenbildung leicht Entropium bewirken können; auf der Conjunctiva der Uebergangsfalte können sie mit Vorsicht in Anwendung kommen, da selbst bei stärkerer Narbenbildung in derselben die Gefahr für Entropiumbildung nicht gross ist. Nach Reich's Erfahrung ist es vorzuziehen weniger Follikel in derselben Sitzung auszubrennen, diese aber öfter zu wiederholen; die entzündliche Reaction ist dabei eine unbedeutende, genügt aber doch, um auch in dem der cauterisirten Stelle benachbarten Ge-

---

[2]) Медицинское обозрѣние (Medicin. Rundschau) № 18. 1887. S. dort auch die Literatur:
Korn: Berl. klin. Wochenschrift. 1878.
Unterharnscheidt: Klin. Monatsbl. für Aug. 1883.
Fröhlich: Klin. Monatsbl. für Aug. 1884 und Archiv für Aug. XVI. 1.

webe eine theilweise Resorption der Follikel hervorzurufen. Wie aus den mitgetheilten Krankengeschichten ersichtlich, erzielte Reich schon durch wenige Sitzungen sehr gute Resultate; es ist aber sehr hervorzuheben, dass in allen seinen Fällen die Follikelbildung keine sehr reichliche war, besonders auf dem Tarsus nur wenige Follikel im Beginne der Entwickelung vorhanden waren. Es ist deshalb hervorzuheben, weil ja ganz besonders diejenigen Fälle eine rasche Zerstörung des Trachoms dringend erfordern, in welchen eine sehr üppige Bildung von Follikeln stattgefunden, die den grössten Theil der Conjunctiva der Uebergangsfalte *und* des Tarsus, oft in geschlossener Fläche, bedecken. Hier entsteht ernstliche Gefahr, wenn die Pat. nicht oft, regelmässig und lange zur Beizung kommen können oder die Geduld verlieren. Gerade in diesen Fällen aber lässt uns die galvanocaustische Behandlung im Stiche, da das Ausbrennen so vieler einzelner Follikel, besonders auf der Conjunctiva tarsi, zu gefährlicher Narbenbildung führen kann, was natürlich bei flächen- oder strichförmiger Ausbrennung noch viel mehr der Fall sein muss. Zudem wird die im Interesse geringerer entzündlicher Reaction für jede Sitzung stattfindende Beschränkung auf Ausbrennung nicht zahlreicher Follikel eine lange Reihe von Sitzungen erforderlich machen, die an das Zutrauen, die Geduld und Willenskraft der Pat. keine geringen Anforderungen stellt. Somit scheint die entschieden rationelle galvanocaustische Behandlung des Trachoms auf die Fälle mit mässiger Follikelbildung besonders in der Uebergangsfalte beschränkt werden zu müssen, wodurch ihre Bedeutung natürlich auch nur eine beschränkte wird. Sie wird es aber noch mehr, wenn man die praktischen Schwierigkeiten bedenkt, die sich derselben entgegenstellen. In den grösseren Städten, in denen es Augenärzte und Augenheilanstalten giebt, wird gewiss auch ein Galvanocauter nicht fehlen, schwerlich aber können alle Landärzte und Nichtophthalmologen in den kleinen Städten sich diesen immerhin nicht billigen Apparat anschaffen. Es wäre aber besonders wichtig, dass gerade die Landärzte ein Mittel zur energischen Bekämpfung des chronischen Trachoms im ersten Stadium besitzen, weil sie so häufig die Anfangsstadien desselben zu Gesichte bekommen und die regelmässige Behandlung desselben mit Beizungen fast unmöglich ist; daher kommt es auch, dass wir so viele veraltete, vernachlässigte Fälle von Trachom vom Lande sehen.

Andere Methoden suchten rascher vorzugehen, als das bei Zerstörung jedes einzelnen Follikels möglich ist. So wollte man durch *oberflächliches Scarificiren* in langen, zahlreichen Schnitten einen Theil der Follikel spalten und erwartete von der reactiven Entzündung die Resorption einer grossen Menge derselben. In der That folgt auch Resorption, sie ist aber nicht bedeutend und es wird eine häufige Wiederholung des Verfahrens nöthig, ohne dass es zu sicherer Zerstörung aller Follikel führt. Es ist überhaupt nur zulässig, wenn die Conjunctiva dicht mit Follikeln besetzt ist, weil anderenfalls die Schnitte unnütz in's normale Gewebe geführt werden, und ist darin ganz irrationell, dass der Follikelinhalt nicht entfernt oder zerstört wird. Ausserdem werden die Schnitte durch die Blutung bald ganz unsicher, so dass nicht viele möglich sind. Aber doch ist diese Methode früher in Ermangelung einer besseren auch in unserer Augenheilanstalt bisweilen angewandt worden in Fällen von excessiver Follikelbildung. — In letzter Zeit, d. h. seit ein paar Jahren wurde in diesen Fällen die *Excision eines oder mehrerer Streifen der Uebergangsfalte* geübt. Dieselbe ist darin rationeller, dass ein grösserer Theil der Follikel entfernt wird und auch hier findet in Folge der reactiven Entzündung Resorption eines weiteren Theils der Follikel statt. Aber natürlich fällt dem Schnitt auch recht viel normales Gewebe zum Opfer, es lässt sich mit demselben nur ein relativ kleiner Theil der Follikel entfernen und die in der Conjunct. tarsi sitzenden werden ganz unbehelligt gelassen. Daher sind die Erfolge dieser Methode, wenn sie auch Besserung schafft, nicht bedeutende und nicht entsprechend den glänzenden Empfehlungen, die ihr gegeben wurden. Die Narbenbildung wird, da sie nur in der Uebergangsfalte stattfindet, nicht gefährlich, wenn die Excisionen nicht öfter wiederholt werden, was der grossen Menge restirender Follikel wegen eigentlich wohl geschehen müsste, zur Vermeidung gefährlicher Narbenbildung aber zu unterlassen ist [3]).

Aus dieser kurzen Uebersicht sehen Sie, m. H., dass die Versuche auf medicamentösem Wege das chronische, folliculäre Trachom rasch zu beseitigen fehlgeschlagen sind und dass von den bisherigen chirurgischen Methoden nur einige dies Ziel und auch diese nur zum Theil erreicht haben. Es ist daher verständlich, wenn man sich nach neuen Methoden umsieht, welche die Aufgabe besser lösen. Diese Aufgabe besteht darin: *in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Trachomfollikel zu zerstören oder zu entfernen, unter möglichster Schonung des normalen Gewebes.* Ferner *muss die Methode einfach*, von jedem Arzte ohne besondere theuere Apparate ausführbar *sein.* Die Begründung der Aufgabe geht aus dem bisher Gesagten hervor: physische oder moralische Behinderung der Patienten häufiger zum Arzt zu kommen; Gefahr der Vernachlässigung des Trachoms; Furcht der Patienten vor Wiederholung auch kleiner Operationen; Gefahren der Narbenbildung bei Zerstörung oder Entfernung normalen Gewebes; Schwierigkeit der grösseren Verbreitung theuerer Apparate. — — —

Erlauben Sie, dass ich Sie jetzt mit meinem Verfahren bekannt mache, und sehen wir, in wie weit es den gestellten Anforderungen entspricht.

Mein Verfahren besteht im Wesentlichen im *Entfernen der Trachomfollikel durch Herausbürsten derselben mittelst besonderer Metallpinsel.* Ich lege Ihnen diese Pinsel zur Ansicht vor. Sie bestehen aus einem Metallstiel, von der gewöhnlichen Länge unserer Augenoperationsinstrumente, an dessen beiden Enden verschieden grosse Pinsel aus 4—7 Mm. langem, versilbertem und vernickeltem Kupferdraht angebracht sind. Die Vernickelung des zuerst zu den Pinseln benutzten gewöhnlichen feinen, versilberten Kupferdrahtes erwies sich als nothwendig um den Pinseln eine grössere Härte zu verleihen. Von harten Borsten für die Pinsel nahm ich Abstand im Interesse der Sauberkeit und Haltbarkeit. Die flache Form der Pinsel habe ich deshalb gewählt, um gleichmässig, strichförmig beim Bürsten vorgehen zu können und den Druck des Pinsels sicher mit der Hand reguliren zu können; man arbeitet auf der vorgestülpten Conjunctiva nicht auf einer ebenen Fläche, daher berühren die nicht in der Strichlinie liegenden Pinseltheile die Conj. mit geringerem Druck und wirken nicht genügend; ausserdem können dieselben, wenn man nicht sehr aufmerksam ist, auch leicht die Cornea verletzen; und endlich kommt man mit einem solchen schmalen Pinsel auch besser in den Enden der Uebergangsfalte an, in welchen die Follikel sich besonders zahlreich finden. Die feinen, kleinen Pinsel sind zum Ausbürsten einzelner von Follikeln besetzter Partien, namentlich aber auch der Furche des Tarsus an der Lidkante da [4]). — Mit diesen Metallpinseln oder -bürsten wird die mit Trachomfollikeln besetzte Conjunctiva rein gebürstet. Das geschieht in folgender Weise: Nach erfolgter Anästhesirung mit 2%- (besser 5%iger) Cocainlösung, wird das zu bürstende Lid (der Blutung wegen zuerst das untere) umgeschlagen und die Uebergangsfalte möglichst freigelegt und angespannt, was durch leichten Druck mittelst der Kante des anderen

[3]) In einer mir eben zugegangenen Arbeit berichtet Schneller (Graefe's Arch. XXXIII, 3, pag. 113) über vorzügliche Erfolge, die er mit Excisionen in allen Stadien des Trachoms bei 116 Kranken gehabt hat. Stärkere Narbenbildung in Folge derselben wurde nicht beobachtet. Die von Michel (Arch. f. Augenheilk. 16) neuerdings empfohlene Galvanocaustik hat er der starken Reizung wegen aufgegeben.

[4]) Die Pinsel sind angefertigt vom Instrumentenmacher Müller, Wladimirskaja 3, bei dem sie zu haben sind zu 1 Rbl. das Stück. Der Satz Pinsel besteht aus 4 Nummern von verschiedener Grösse, doch kann man zur Noth auch mit 2 Nummern auskommen (№ 2 und № 3).

Lides auf den Bulbus hinter der Uebergangsfalte bequem seitens des Assistenten zu bewerkstelligen ist, wodurch gleichzeitig auch die Cornea sicher geschützt wird. Natürlich muss der Pat. sein Auge möglichst stark in die dem Lide entgegengesetzte Richtung einstellen. Nun wird der Pinsel senkrecht auf die Conjunctiva aufgesetzt, damit seine ganze Fläche wirkt und mit rasch auf einander folgenden Pinselstrichen wiederholt über die Conjunctiva hingefahren und zwar auf der Uebergangsfalte stets in derselben Richtung erst von dem einen, dann von dem anderen Canthus zur Mitte hin, weil man auf diese Weise den Pinsel ganz in die Ecke der Uebergangsfalte am Canthus einsetzen kann, was wichtig ist, und weil ferner die Conj. so am besten angespannt wird. Auf dem Tarsus ist die Strichrichtung gleichgültig und kann hin und her gefahren werden. Der nicht ganz unbedeutenden Blutung wegen nimmt man am oberen Lide erst die Uebergangsfalte, am unteren erst den Tarsus vor, um nicht durch das Blut gestört zu werden, das jedoch bei beständigem Berieseln des kleinen Operationsfeldes (mit Sublimat 1 : 3000) meist wenig hinderlich wird. Der beim Bürsten auszuübende Druck ist etwas verschieden, je nach dem Stadium, in welchem sich die Follikel befinden; im Ganzen darf er nicht stark sein. Genau lässt sich das nicht angeben; das liegt in der Hand des Operateurs, der bei einiger Geschicklichkeit bald herausfinden wird, wie stark er den Pinsel aufzudrücken hat, um nur die Follikel zu entfernen, ohne das gesunde Gewebe zu verletzen. Die Gefahr für letzteres ist übrigens bei der geringen Härte des Pinsels sehr gering und dürfte wohl eine recht bedeutende Kraft und grosse Ungeschicklichkeit nöthig sein, um einzelne kleine Fetzen der Conjunctiva loszureissen. Mir ist es trotz mancher Versuche mit viel härteren Pinseln, aus dickerem Draht, nie passirt. Die Gefahr lässt sich übrigens wohl durch noch genauere Feststellung des nöthigen Härtegrades des Pinsels auf ein Minimum reduciren.

Durch das auf diese Weise ausgeführte Bürsten gelingt es nun in kürzester Zeit, in einigen Minuten, die ganze Conjunctiva von den über ihre Oberfläche hervorragenden, sichtbaren Follikeln zu befreien, indem man alle mit denselben besetzten Partien der Reihe nach vornimmt und sich nach dem Bürsten jeder Stelle nach Abtupfen des Blutes genau davon überzeugt, dass nichts zurückgeblieben ist. Schon wenige Striche genügen, um die Follikel grösstentheils an einer Stelle zu entfernen und nur ihre ungleiche Grösse und die Unebenheit der Oberfläche der Conjunctiva geben die Veranlassung, dass einzelne kleinere und in Furchen und Falten versteckte Follikel nachträglich noch zu entfernen sind.

Ueber den Mechanismus der Wirkung der Operation brauche ich wohl kaum zu reden, da er leicht ersichtlich ist. Der über die Conjunctiva hinfahrende Pinsel zerreisst die Epitheldecke der Follikel und zwar um so leichter je dünner dieselbe und je mehr der Follikel vorragt. Das weitere Hinüberfahren des Pinsels befördert das weiche Gewebe desselben rasch heraus. Die normale Conjunctiva erhält natürlich auch eine Menge ganz oberflächlicher und daher bedeutungsloser Kratzwunden; eine Zerreissung oder Zerstörung des Gewebes findet nirgends statt.

Recht störend ist mir mehrfach die trotz des Cocains nicht unbedeutende Schmerzhaftigkeit der Operation gewesen, die durch die Unruhe des Patienten Veranlassung zu rascher Beendigung gab, wobei natürlich die Sorgfalt und Gründlichkeit der Reinigung leiden musste. Es mag das darauf beruhen, dass ich meist 2 %tige Cocainlösung benutzte, und wende ich daher jetzt 5 %tige an. Ich hebe es hervor um auf recht gründliches Anästhesiren der Conjunctiva aufmerksam zu machen.

Sehr bald nach der Operation hört die während derselben nicht ganz unbedeutende Blutung auf; ebenso schwindet der Schmerz in wenigen Minuten und es bleibt nur für einige Stunden ein recht starkes Brennen, das durch kühle Compressen leicht zu lindern ist. Dass es nicht bedeutend ist, geht schon daraus hervor, dass ich fast alle meine Patienten ambulatorisch behandelte und die meisten schon nach ½—1 Stunde ein weiteres Fortsetzen der Compressen nicht nöthig fanden und nach Hause gingen. Die Conjunctiva sieht gleich nach der Operation an den gebürsteten Stellen rauh aus und es folgt rasch leichte ödematöse Schwellung. Die weitere reactive Entzündung derselben ist nicht bedeutend, hält aber mehrere Tage und länger an, je nach der Stärke und Ausdehnung des operativen Eingriffes. Ihre Wirkung ist natürlich eine sehr günstige, da sie die weitere Resorption zurückgebliebener sichtbarer oder noch im Gewebe versteckter Follikel wesentlich befördert.

Diese allgemeinen Regeln für das Verfahren des Herausbürstens der Trachomfollikel, sowie die Beobachtungen über den Operationsverlauf und das Verhalten der Augen gleich nach der Operation, habe ich einer ganzen Reihe von Trachomfällen entnommen, an denen ich im Laufe der letzten drei Monate meine Versuche anstellte und die Methode ausbildete. Die Mittheilung der einzelnen Fälle kann kaum von Interesse sein, ich will daher summarisch über die Erfolge in den drei Stadien des Trachoms berichten, da der Erfolg und damit die Indication für die Anwendung der Methode vom Stadium des Trachoms abhängt.

Reine Fälle des ersten Stadiums mit Follikelbildung ohne Infiltration der übrigen Conjunctiva habe ich nur wenige in dieser Weise behandelt, einerseits weil dieselben der geringen Beschwerden wegen, die sie verursachen, sich seltener in der Ambulanz zeigen, andererseits weil unter diesen nur die mit reichlicherer Follikelbildung ausgewählt wurden, und auch von diesen letzteren nicht alle auf eine energischere Behandlung eingehen wollten, trotzdem, dass ich bei der bekannten Furcht vor Operationen stets nur «eine starke Beizung» vorschlage. Das Herausbürsten der Follikel gelang in diesem ersten Stadium leicht, nur schien die Conjunctiva empfindlicher als in den späteren Stadien (vielleicht weil es sich um jugendliche Patienten handelte) und es blieben der Unruhe der Patienten wegen mehrfach einzelne Follikel nach; besondere Aufmerksamkeit ist den ganz kleinen Follikeln in der Tarsalfurche am Lidrande zu schenken, da sie leicht zu übersehen sind und auch von mir in der ersten Zeit bisweilen übersehen wurden. Die Blutung bei der Operation war gering. Am folgenden Tage waren die Augen vollkommen schmerzlos, obgleich die Conjunctiva mässige reactive entzündliche Schwellung zeigte. Diese dauerte ein paar Tage und fiel dann ab ohne Beschwerden gemacht zu haben. Gleich nach der Operation wurden Sublimatcompressen angeordnet und mehrere Tage fortgebraucht; später wurden dieselben durch Zinktropfen ersetzt und, wenn einzelne Follikel nachgeblieben waren, auch noch ein Mal wöchentlich mit Cuprum gebeizt. Dabei schwand der Rest allmälig und die Conjunctiva erschien später vollständig normal, ohne die geringste Spur einer Narbenbildung. Auf eine Wiederholung der Operation bei restirenden Follikeln gingen die Patienten beim Mangel jeder Beschwerde nie ein; ich bestand auch nicht sehr darauf, da die medicamentöse Behandlung mit dem Rest leicht fertig werden konnte. Bei Bestehen acuterer Nachschübe von Follikelbildung mit stärkerem Reizzustande und reichlicher Secretion habe ich stets mit der Operation gewartet, bis dieselben unter Sublimatcompressen und leichten Lapisbeizungen vorübergingen.

Die bei weitem grösste Mehrzahl meiner Fälle befand sich im Uebergang aus dem ersten in's zweite Stadium, mit grösstentheils voll entwickelten Trachomkörnern, die bisweilen in beginnendem Zerfall begriffen waren, mit mehr oder weniger starker diffuser sulziger Infiltration der Conjunctiva und in einigen Fällen mit Keratitis pannosa. Der Grund dafür ist natürlich der Beginn stärkerer Beschwerden, der die Patienten zum Arzt führt. — Hier gelang das Herausbürsten noch leichter, da die grossen Follikel dem Pinsel viel geringeren Widerstand entgegensetzen und leichter mit demselben zu fassen sind, als die kleinen. Die Blutung schien aber stärker und war sorgfältiges Berieseln und Abtupfen nöthig um nichts zurückzulassen. Natürlich bleibt

die Infiltration der Conjunctiva unverändert. Meist folgten nur unbedeutende Reizerscheinungen, in einigen Fällen jedoch musste ein paar Tage lang Atropin gebraucht werden um die schlimmer gewordene Keratitis zu beseitigen; sonst Sublimatcompressen. Die entzündliche Schwellung der Conjunctiva war auch hier nicht bedeutend. Die subjective Besserung trat dagegen viel deutlicher hervor. Schon in den nächsten Tagen gaben alle Patienten (mit Ausnahme der wenigen an stärkeren Reizerscheinungen leidenden) an, dass sie eine wesentliche Erleichterung spürten, und bald fühlten sie sich vollständig hergestellt, so dass sie zum weiteren Besuch der Ambulanz, der mir zur Beobachtung wichtig war, überredet werden mussten. Ich liess sie Zinktropfen brauchen und beizte ca. 1 Mal wöchentlich, was ich, wenn es angeht, in Rücksicht auf einzelne zurückgebliebene Follikel und die Infiltration der Conjunctiva für wünschenswerth halte. Aber wahrscheinlich würde man hier auch mit Cuprum- oder Zinktropfen allein auskommen. Je nachdem, wie weit das Trachom bereits ins zweite Stadium getreten war, fand allmälig mehr oder weniger starke Narbenbildung statt, die mir dem Grade der Trachomentwickelung entsprechend schien. Dass aber überhaupt im Laufe der nächsten Wochen und Monate Narbenbildung stattfindet, beweist, dass der Process durch den operativen Eingriff rasch seinem Ende zugeführt worden ist. Die Keratitis pannosa besserte sich nach vorübergehender stärkerer Reizung bald; ich habe es jedoch vermieden bei stärkerer Keratitis zu operiren.

In weiter vorgeschrittenem zweiten Stadium oder im Beginn des dritten habe ich ebenfalls nur wenige Fälle operirt. Es erwies sich bald, dass bei weiter vorgeschrittenem Zerfall der Follikel und stärkerer sulziger Infiltration sich nur wenig mehr fortbürsten lässt, so dass der Gewinn ein geringer, die Reizung dagegen eine bei der fast stets vorhandenen Keratitis pannosa stärkere ist. Bindegewebig geschrumpfte, harte Follikel, wie sie in diesen Stadien öfter zu finden, widerstanden dem weicheren Pinsel, während der härtere bei stärkerem Druck dieselben nebst dem umgebenden Gewebe entfernte. Dadurch ist aber der Narbenschrumpfung wohl noch Vorschub geleistet worden.

Aus diesen Erfolgen und Erfahrungen ergeben sich die Indicationen für Anwendung meiner Methode ganz klar. Sie ist indicirt im ersten Stadium des folliculären, chronischen Trachoms, im Stadium der Follikelbildung, sobald die Follikel deutlich über die Conjunctiva hervorragen. Besonders eignet sie sich mehr als jede andere operative Methode für Fälle mit sehr reichlicher Follikelbildung in der ganzen Conjunctiva. Sind nur einzelne zerstreute Follikel vorhanden, so scheint es mir noch zweckmässiger dieselben galvanocaustisch zu entfernen. Acute Entzündung der Conjunctiva muss abgewartet werden. In gleicher Weise ist sie indicirt beim Uebergang des ersten in's zweite und im zweiten Stadium, solange die Follikel noch nicht ganz zerfallen sind. Ist das der Fall und ist es in Folge der sulzigen Infiltration zur Bildung dicker, fester Falten gekommen, so wird man besser partielle Excisionen derselben vornehmen. Reizloser Pannus oder unbedeutende Keratitis pannosa bilden keine Contraindication, nur muss bisweilen Atropin nach der Operation gebraucht werden und lässt sich dieselbe nicht so gut ambulatorisch machen. Ob man bei stationärer Behandlung auch stärkere Keratitis pannosa und Ulceration der Cornea nicht zu scheuen braucht, kann ich noch nicht sagen.

Aus diesen vorsichtig gestellten Indicationen sehen Sie, m. H., dass ich meiner Methode durchaus kein zu weites Feld zu gewinnen suche. Es ist auch ohnedem gross genug. Ich brauche nur darauf hinzuweisen, dass im Ambulatorium der hiesigen Augenheilanstalt sich jährlich etwa 600 Kranke[5]) mit Trachom im ersten und zweiten Stadium vorstellig machen. Bei dem grössten Theil derselben wird diese Methode gute Dienste leisten und hilft einem längst empfundenen Nothstand ab. Noch grösser wird natürlich ihr Nutzen sein, sobald sie sich allgemein verbreitet und besonders auf dem Lande sich einbürgert. Ich gehe wohl nicht fehl, wenn ich annehme, dass der grösste Theil der 8—900 Kranken, die sich jährlich in der Augenheilanstalt mit abgelaufenem Trachom und dessen nur zu bekannten Folgen vorstellen, Bauern sind, die eben nie die Möglichkeit einer regelmässigen langdauernden Behandlung gehabt haben. Dabei ist hier das Trachom noch nicht einmal besonders stark verbreitet; wir finden es nur in gegen 7% aller pathologischen Befunde, während es in Mitau 8%, in Riga 14% und in Dorpat sogar 18% bildet.

Wenn ich die Indicationen für die Anwendung meiner Methode bereits aufgestellt habe, so muss ich mir doch vorbehalten dieselben bei weiteren Versuchen und Beobachtungen genauer zu präcisiren. Ich gebiete erst über eine Erfahrung von drei Monaten und kann daher über Manches noch nicht ganz sicher urtheilen. Namentlich über etwaige Recidive weiss ich nur zu sagen, dass sie bisher nicht zu bemerken gewesen. Allerdings lässt sich von einer operativen Behandlung des Trachoms nie erwarten, dass sie Recidive verhindert, dieselben dürfen aber nicht so häufig auf treten, dass der Werth der Operation ernstlich darunter leidet. Auch die Entwickelung meiner Methode muss ich mir noch vorbehalten; es wird sich gewiss durch Aenderung der Instrumente und zweckmässigere Anwendung Manches in derselben bessern lassen. Aber Eines glaube ich sehen Sie auch jetzt schon aus der Art der Methode und den bereits erzielten Resultaten, dass dies Verfahren den oben gestellten Anforderungen an eine gute operative Methode der Behandlung des Trachoms entspricht: möglichst viele Follikel in möglichst kurzer Zeit zu entfernen, unter möglichster Schonung des gesunden Gewebes, ohne Anwendung theuerer oder complicirter Instrumente.

Zum Schluss noch die Bemerkung, dass ich nachträglich erfahren habe, das Abreiben des Trachoms mittelst eines Stückes Zucker sei ein altbekanntes und bewährtes Volksmittel bei den Esten. Um so besser für meine Methode wenn sie auf einem der alten Volksmittel basirt, die in der Medicin nicht selten dem forschenden Arzte den richtigen Weg gewiesen haben.

[5]) Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. Hft. 5, 1887, pag. 4, von Dr. Th. Germann.

Referate.

Hans Eppinger (Graz): Pathogenesis (Histogenesis und Aetiologie) der Aneurysmen, einschliesslich des Aneurysma equi verminosum. Pathologisch-anatomische Studie. (Langenbeck's Arch. XXXV, Supplement. 563 pag. 9 Tafeln).

Verf. definirt das Aneurysma als eine streng umschriebene Ausbuchtung des Arterienlumens, die sich durch deutliche Grenzen von dem übrigen Arterienlumen abhebt, wobei die Wandungen der Ausbuchtung continuirlich in die der Arterie übergehen, unbeschadet des Umstandes, dass im Bereiche der ersteren gewisse Schichten (constant die Elastica) verloren gegangen sind. Von der bisher meist angenommenen Classification der Aneurysmen nach O. Weber werden durch diese Definition ausgeschieden: 1) die verschiedenen Arteriectasien (Aneurysma fusiforme, cylindroides, cirsoïdeum); 2) das Aneurysma dissecans; 3) die sogenannten falschen Aneurysmen, richtiger arteriellen Haematome, und 4) die arteriell-venösen Aneurysmen (Varix aneurysmaticus und An. varicosum). Unter den vom Verf. als solche anerkannten Aneurysmen unterscheidet er je nach der Entstehungsursache: 1) das congenitale, 2) das parasitäre und 3) das traumatische Aneurysma, letzteres von ihm zur Vermeidung von Verwechselungen Aneurysma simplex genannt.

Das *congenitale Aneurysma* ist eine stets multipele Veränderung kleinerer oder höchstens mittlerer Arterien (etwa bis zum Caliber der Art. lienalis), welche von früheren Autoren theils als Periarteritis nodosa (Kussmaul und Maier), theils als multipele Aneurysmen der mittleren und kleineren Arterien (P. Meyer) beschrieben worden ist. Die einfachste Form eines solchen Aneurysma besteht darin, dass an einer streng umschriebenen Stelle der Arterienwand, und zwar ungewöhnlich häufig entsprechend der Abgangsstelle eines Seitenastes, sich eine vollständige Unterbrechung der Elastica mit consecutiver Ausbuchtung der übrigen Wandschichten vorfindet, wobei in sämmtlichen Gefässhäuten, sowohl im Bereich

des Aneurysmas, als auch der angrenzenden normalen Gefässpartien, irgend welche (namentlich entzündliche oder luetische) Veränderungen vermisst werden. Wo solche in späteren Stadien beobachtet werden, sind dieselben lediglich secundärer Natur und bestehen in raschem Schwunde der Muscularis im Bereich des aneurysmatischen Sackes und in durch gewisse Proliferationsvorgänge bedingten Verdickungen der Adventitia und namentlich der Intima. Die Höhlung der Aneurysmen ist häufig durch Thromben ausgefüllt. Als Entstehungsursachen dieser Bildungen sieht Verf., bei dem Mangel jeglichen anderen ätiologischen Momentes, eine congenitale Schwäche resp. Defectbildung der Elastica an und weist zur Bestimmung dieser Hypothese hin 1) auf das meist jugendliche Alter der Patienten; 2) auf den einfachen Bau der Tunica elastica in den betroffenen kleineren Gefässen und die fast völlige Selbständigkeit derselben von den übrigen Aeterienwandschichten; 3) auf den Umstand, dass besonders häufig die Theilungsstellen der Arterien, an welchen schon normaliter eine Verdünnung der Elastica constatirt werden kann, Sitz solcher Aneurysmen sind; 4) auf die in allen bekannten Fällen beobachtete ausserordentliche Multiplicität der Erkrankung; schliesslich 5) auf die auch sonst vielfach beglaubigte Möglichkeit des Vorkommens von angeborener Dünne der Gefässwände.

In einer weiteren Gruppe von Aneurysmen ist die typische Zerstörung eines Theiles der Arterienwand durch entzündliche Vorgänge bedingt und diese wiederum durch die Ansiedelung von Parasiten hervorgerufen. Hierher gehören die annäherungsweise schon von Ponfick beschriebenen, aber anders aufgefassten mykotisch-embolischen Aneurysmen, die Arrosionsaneurysmen der Lungenarterien bei chronischer Lungentuberculose und die Wurmaneurysmen der Mesenterialarterien des Pferdes. Zusammen bilden dieselben die Gruppe der *parasitären Aneurysmen*.

Die *mykotisch-embolischen Aneurysmen* lassen sich zurückführen auf Embolien des Aortensystems bei mykotischer Endocarditis. Die infectiösen Emboli bleiben wiederum am häufigsten an den Theilungsstellen der Arterien stecken und verursachen hier zunächst Thrombose und im weiteren Verlauf eine acute, exsudativ entzündliche Veränderung der Arterienwand, die von der Adventitia ausgeht (Periarteritis acuta), nach innen gegen die Intima fortschreitet und zur Zerstörung der Gewebselemente der Media (Mesarteritis acuta), zur Berstung der Elastica und der Intima führt. Wird die Elastica nicht in ganzer Dicke durchbrochen, so bildet sich ein Arteriengeschwür; im anderen Falle wird der restirende Theil der Arterienwand durch den normalen Blutdruck ausgebuchtet, und es entsteht ein Aneurysma. Gleichzeitig kann es zu Blutungen in die Umgebung der Arterie oder in die Schichten der Adventitia kommen. Aehnlich den congenitalen Aneurysmen, sind die mykotisch-embolischen gekennzeichnet durch ihre Multiplicität, sitzen mit Vorliebe an den Theilungsstellen der Arterien und sind meist klein, sogen. miliäre Aneurysmen; können aber durch Recrudescenz der entzündlichen Processe und fortschreitende Ausbuchtung allmälig grösser werden. Die Wandung derselben besteht aus der Adventitia und event. einem Theile der Media muscularis, die nicht selten nach innen von dem mykotisch-embolischen Thrombus ausgekleidet ist. In frischen Fällen bieten namentlich die Ränder der Eingangsöffnung unverkennbare Anzeichen der causalen Peri- und Mesarteritis acuta dar. Später zeigen sich Folgeveränderungen und Ablaufserscheinungen in Form von Pigmentinfiltration, hyaliner Degeneration und Narbenbildung. In letzteren Fällen kann der mykotisch-embolische Thrombus verschwunden oder bis zur Unkenntlichkeit degenerirt sein, wodurch dann im concreten Falle der Nachweis der parasitären Ursache des Aneurysmas unmöglich werden kann.

Vollkommene Analoga zu den eben beschriebenen Aneurysmen des Menschen bilden die sog. *Wurmaneurysmen* der Pferde. Die vorhandenen Unterschiede erklären sich durch die relativ colossale Grösse der ursächlichen Parasiten (Strongylus armatus) und durch den complicirten Bau der Media der Mesenterialarterien beim Pferde.

Das *Arrosionsaneurysma* (Aneurysma herniosum der Autoren) kommt an Aesten der Lungenarterien durch Infection ihrer Wandungen mit Tuberkelbacillen zu Stande. Dieselbe bewirkt zunächst Intimawucherung und Bildung von Granulationsgewebe in der Adventitia und Media. In dem Maasse, als die Arterie dann durch weitere Ausbreitung der Caverne entblösst wird, tritt hyaline Degeneration, Verkäsung und Abschilferung ihrer Wandung ein, was in den meisten Fällen nach vorgängiger Obliteration des Lumens zu vollständiger Unterbrechung der Continuität des erkrankten Asterienastes führt. Ausnahmsweise indessen bleibt derselbe für eine hinreichend starke Blutsäule durchgängig, so dass die inzwischen ebenfalls hyalinisirte und durch allmälige Abschilferung wieder verdünnte Intima durch den Blutdruck zu einem aneurysmatischen Sacke ausgebuchtet wird, der unter Umständen sogar platzen und zu tödtlichen Blutungen führen kann.

Das *Aneurysma simplex (traumaticum)* des Verfassers ist identisch mit dem von Pathologen und Anatomen am häufigsten beschriebenen und auch in chirurgischer Beziehung besonders wichtigen Aneurysma vulgare, spontaneum, verum etc. der Autoren. Der Hergang seiner Entstehung ist folgender. Durch schwere traumatische Einflüsse auf den menschlichen Körper können Risse der Innenhäute einer oder mehrerer, vollständig gesunder oder auch erkrankter (in specie rigider) Arterien entstehen; doch ist letzterer Umstand nicht von ausschlaggebender Bedeutung, da solche Einrisse sich knapp neben den sclerotischen Verdickungen an gesunden Partien der Gefässwand vorfinden können. Je nach dem concreten Falle dringt nun ein solcher Riss entweder bloss durch die Intima, oder auch durch die Elastica und selbst durch die Media und Elastica externa bis zur Adventitia, ohne dass derselbe übrigens in seiner ganzen Ausdehnung gleich tief zu sein pflegt. Wo derselbe bis zur Adventitia vordringt, kann das circulirende Blut sich zwischen diese und die inneren Arterienwandschichten einwühlen, wodurch ein intramurales Haematom, gewöhnlich Aneurysma dissecans genannt, entsteht. Als Aneurysma im Sinne des Verf.'s ist indessen ein solches nicht anzuerkennen, weil es nur einen mit Blut gefüllten Spalt zwischen den Arterienwandschichten und keinen für sich continuirlich abgeschlossenen Sack darstellt. In anderen Fällen weichen die Enden des Elasticarisses nur etwas auseinander, ohne sich von der Adventitia abzulösen und im Verlaufe der Vernarbung überhäutet sich dieser Defect mit einer durch Wucherung der Endothelzellen von Seiten der Rissränder neugebildeten Innenschicht, deren im frischen Zustande zellige Beschaffenheit, allmälig zellig-faserig und zuletzt ganz faserig wird. Der so ausgekleidete Spalt stellt ein angehendes Aneurysma dar. Im Laufe der Zeit kann dasselbe durch den Blutdruck zu immer beträchtlicheren Dimensionen ausgedehnt werden; die Eingangsöffnung nimmt bald eine mehr regelmässige rundliche Form an; es können zwei benachbarte kleine Aneurysmen zu einem grösseren zusammenfliessen, wo sich dann in der Wandung des letzteren Reste der Elastica constatiren lassen; immer aber erscheinen an der Eingangsöffnung die Media und sämmtliches elastische Gewebe abgesetzt, während die Adventitia sich continuirlich in die Aneurysmenwand fortsetzt und nach innen von der rings um die Eingangsöffnung mit dem Endothel der Intima zusammenhängenden neugebildeten Innenschicht ausgekleidet ist. Als zufällige Combinationen können dann noch in den Endabschnitten der zerrissenen Arterienwandschichten am Eingange des Aneurysma chronisch-entzündliche Veränderungen sich entwickeln; für die Pathogenese dieser Aneurysmen haben dieselben aber keine Bedeutung.

Anhangsweise bespricht Verfasser noch die sogen. miliären Aneurysmen der Gehirnarterien, soweit dieselben nicht etwa in die Kategorien der congenitalen und der mykotisch-embolischen Aneurysmen gehören. Diese fast in jedem apoplectischen Gehirne anzutreffenden Gebilde sind entweder 1) mehr oder weniger streng umschriebene Blutherde in den Lymphscheiden zwischen Media und Adventitia, also sogen. Aneurysmata dissecantia, oder richtiger intramurale Haematome; oder 2) solide Anschwellungen oder Verdickungen circumscripter obturirter Abschnitte der Lymphräume, zumeist an den Theilungsstellen, aber auch längs der Gefässstämmchen: oder endlich dieselben entstehen 3) durch Umwandlung der Lymphräume, sowohl um die Capillaren als auch um grössere Gefässchen herum; in verdickte, homogen-streifige, starre Säume oder in ebenso geformte, aber dem Schleimgewebe ähnliche solide Massen. Alle diese Gebilde sind eben keine Aneurysmen. G.

Hochham: Zur Würdigung des therapeutischen Werthes der Strophanthustinctur. (S.-A. Deut. med. Wochenschr. 1887. №№ 42 u. 43).

Verf. hat im städtischen allgemeinen Krankenhause in Friedrichshain an 60 Fällen (5 Gesunden, 10 incompensirten Herzfehlern, 18 chronischen Degenerationen des Herzmuskels ohne Klappenerkrankung, 19 Nierenerkrankungen, 8 anderen Affectionen des Herzens) mit der Tinctura Strophanthi behandelt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Bei Herzklappenfehlern im Stadium der Compensation ist in gewissen Fällen die Tinctur im Stande die Herzaction zu verlangsamen, zu kräftigen und zu reguliren, letzteres tritt später als ersteres ein. Es wirkte aber Strophanthus durchaus nicht immer sicher, etwa nur in der Hälfte der Fälle, dann half Digitalis; bei Versagen der Digitaliswirkung wurde durch Strophanthus kein Effect erzielt und ist die specielle Indicationsstellung für Strophanthus noch eine viel unsicherere, als die für Digitalis; letztere begünstigt mehr die Diurese, erstere mehr die Respiration.

2) Bei chronischen Degenerationen des Herzmuskels mit meist kleinem, häufigem, unregelmässigem Pulse, starker Athemnoth und Oedemen wirkt das Mittel recht zuverlässig, am nachhaltigsten und schnellsten wird die Dyspnoe beseitigt, später erst der Puls kräftiger und regelmässiger.

3) Bei acuten und chronischen Nierenentzündungen wirkt Strophanthus weniger gut als bei Herzkrankheiten.

4) Herzpalpitationen und Dyspnoe auf nervöser Basis erfahren durch Strophanthus öfters leidliche Besserung.

5) Oedeme auf kachektischer Basis werden gleichfalls günstig beeinflusst.

6) Nebenwirkungen hat das Mittel zuweilen auf den Verdauungstractus, Widerwillen und Ekel gegen dasselbe, bei längerem Gebrauch Würgen, Erbrechen, zuweilen Durchfall, meist aber gewöhnt sich der Magen an das Mittel, welches weiter gegeben werden kann.

7) Die Darreichung muss mit 3×6 Tropfen auf 1 Esslöffel Wein oder Wasser, wenn nöthig, mit einem Corrigens beginnen und steigt dann täglich um 2 Tropfen bis zur Wirkung; die letzte Dosis wird einige Tage fortgebraucht; Maximaldosis 3×20 Tropfen täglich. Bei Kindern beginnt man mit 3×3 und steigt nicht über 3×5.

8) Die Wirkung tritt gewöhnlich am 2.—3. Tage ein, hält meist 1—2 Wochen an, doch ist das Verhalten in dieser Beziehung sehr schwankend; Cumulation ist nie bemerkt worden.

9) Strophanthus ist als zeitweiliger Vertreter und Bundesgenosse der Digitalis sehr brauchbar. Hz.

Csatáry: Ueber die Wirkung des Strophanthus hispidus. (Orvosi Hetilap 1887, №№ 36 u. 38).

Verf. zieht die Tinctur dem gleich stark wirkenden Infus der grösseren Bequemlichkeit wegen vor und hat sie in 20 Fällen mit nie ausbleibender Wirkung gebraucht; die Dyspnoe und die stenocardischen Anfälle wurden bald abgeschwächt oder gänzlich gehoben; die Diurese war sehr reichlich und wird vom Verf. auf gesteigerten Blutdruck zurückgeführt; die Harnabsonderung wird durch Strophanthus nicht vermehrt. Auffallend war der grosse Gewichtsverlust (täglich 1 Kilo) bei seinen Kranken, der in keinem Verhältnisse zu der Nahrungsaufnahme und der Ex- und Secretion stand. Bei fortwährender Dyspnoe und grösseren Oedemen ist es praktisch 5 Tropfen der Tinctur 3stündlich zu geben, gegen die paroxysmalen Dyspnoeanfälle aber 10 Tropfen vor dem Beginne des Anfalls. Als Nebenwirkung wurde 3 Mal Brechreiz, 2 Mal Kopfschmerz und 1 Mal Harndrang beobachtet, schädliche oder cumulative Wirkung wurde nicht gesehen. (Therap. Monatsh. 11). Hz.

Zerner und Löw: Ueber den therapeutischen Werth der Präparate von Strophanthus Kombé. (Wien. med. W. 1887, №№ 36—40).

Strophanthus bewirkt innerhalb kurzer Zeit schnellere und kräftigere Systole, länger dauernde Diastole des Herzens ohne dabei die Gefässe zu contrahiren, die gesunde Niere wird dabei nicht beeinflusst, die Diurese steigt nur insoweit der Blutdruck erhöht wird. Das Mittel wird mit Erfolg gegeben: 1) Bei allen Arten von Erkrankungen des Herzmuskels, wobei es von keinem anderen Mittel übertroffen wird; 2) bei Klappenfehlern mit insufficientem Herzmuskel; 3) bei Nierenkrankheiten, in welchen die Herzthätigkeit geschwächt oder normal, jedenfalls aber eine Steigerung der Herzthätigkeit und dadurch indirect eine Vermehrung der Diurese möglich ist. — Kein Erfolg ist zu erwarten: 1) bei zu weit vorgeschrittener Herzdegeneration, 2) bei Klappenfehlern mit hochgradiger Herzhypertrophie, wo eine Steigerung der Arbeitskraft nicht mehr möglich ist und 3) bei Nierenkrankheiten mit Herzhypertrophie.

Vor der Digitalis hat Strophanthus den Vorzug, dass seine Wirkung schnell, in 10—15 Minuten eintritt und es keine cumulativen Eigenschaften besitzt. Bei Morb. Basedowii wurde eine nur geringe Verlangsamung des Pulses beobachtet, asthmatische Beschwerden bei bestehenden Herzkrankheiten sehr günstig beeinflusst. Als Antipyreticum bei Pleuritis und Pneumonie war es wirkungslos. Die Verff. bedienten sich der Tinctur (Fraser 1:20) 1,5—3,0 pro die oder des Strophanthins (0,002—0,004 pro die), letzteres blieb ohne Wirkung auf die Verdauungsorgane. (Therap. Monatsh. 11). Hz.

H. Buchner: Ueber die Einwirkung der Jodoformdämpfe auf den Cholera-Vibrio. (Münch. med. Wochenschrift. № 25).

Nach Ansicht des Verf. ist es entschieden, dass Jodoform nur eine ganz ungenügende antiseptische Wirksamkeit besitze. Um so mehr ist er erstaunt gewesen zu sehen, dass der rasch wachsende Koch'sche Kommabacillus schon durch die blossen Jodoformdämpfe dermaassen beeinflusst werde, dass sein Wachsthum gänzlich sistirt werde. Plattenculturen mit Jodoform bestreut zeigten keine Entwickelung; man glaubte an einen störenden Zufall, aber dieselbe Erscheinung zeigte sich, wenn nur unter derselben Glasglocke Jodoform mit den Plattenculturen aufgestellt war. Controlversuche ohne Jodoform bewiesen aber die Wachsthumsfähigkeit der Culturen. Wurden die Plattenculturen aus der Jodoformatmosphäre entfernt, so trat nachträglich Entwickelung ein; es handelte sich also nicht um Tödtung der Bacillen, sondern um Wachsthumsbehinderung. Es wurden nun Versuche in folgender Weise angestellt. Reagenzcylinder mit 10 Cctm. steriler 10%iger alkalischer Fleischpeptongelatine wurden bis zur Verflüssigung der Gelatine erwärmt, mit Cholerabacillen geimpft, gründlich gemischt, dann die Mischung erkalten lassen; dann wurde ein kleines, an einem Drahte befestigtes, bis zur Hälfte mit Jodoform gefülltes Glasröhrchen in den Reagenzcylinder hineingehängt und der letztere mit einem Wattepfropf verschlossen. Bei so beschickten Culturen zeigte sich die eigenthümliche Erscheinung, dass die oberste 4—10 Mm. dicke Schicht der Gelatine keine Spur von Entwickelung zeigte sondern dauernd hell und durchsichtig blieb, während die unter dieser Schicht gelegene übrige Masse der Gelatine schon nach 24 Stunden mit zahllosen Colonien erfüllt war. Die Jodoformdämpfe waren also offenbar bis zur angegebenen Tiefe in die Gelatine eingedrungen und hatten in dieser Ausdehnung die Entwickelung der Bacillen verhindert. Wenn nach 2—3 Tagen das Jodoformröhrchen entfernt wird, so kann in der bisher frei gebliebenen Zone noch nachträglich Entwickelung auftreten. Diese auffällige Wirkung der Jodoformdämpfe kommt aber, wie man wohl meinen könnte, nicht dadurch zu Stande, dass durch Zersetzung Jod frei werde und es sich somit eigentlich um eine Wirkung von Joddämpfen handele, denn wenn man das kleine Glasröhrchen mit Jod statt mit Jodoform füllt, so ist doch keine Hemmung in der Entwickelung der Colonien zu bemerken. Bei der geringen Flüchtigkeit und sehr geringen Wasserlöslichkeit des Jodoforms ist diese Erscheinung um so auffallender, als die viel flüchtigere und dabei leicht wasserlösliche Carbolsäure, trotz ihrer stark antiseptischen Eigenschaften bei gleicher Versuchsanordnung keine Spur von Einwirkung auf das Wachsen der Culturen zeigt. Jodoformdämpfe scheinen daher in der That ein ganz specifisches Gift für Cholerabacillen zu sein. Da nun die direct antiseptische Wirkung des Jodoform eine sehr ungenügende, es aber doch allgemein als ein vorzügliches Mittel in der Wundbehandlung anerkannt sei und als solches nach den tausendfach damit gemachten Erfahrungen anerkannt werden müsse, so meint Verf., dass wir unsere bisherigen Ansichten über Antiseptica und deren Wirkungsweise dahin modificiren müssten, dass es neben den die Bacterien tödtenden, d. h. *direct* wirkenden, auch *indirecte* Antiseptica gebe, welche durch Tiefenwirkung auf die Gewebe deren Elemente widerstandsfähiger machten und somit einen ungünstigen Nährboden für die pathogenen Pilze schafften. Zu dieser letzteren Classe gehöre auch das Jodoform. Eine Stütze für diese Ansicht findet Verf. in dem Verfahren von Baumgarten und Marchand, nach denen die histologischen Processe der entzündlichen Granulationsbildung durch Jodoform wesentlich modificirt wurden. Die Gewebszellenproliferation werde eingeschränkt, die Bildung von Riesenzellen aufgehoben, während die Auswanderungserscheinungen weisser Blutkörperchen vermehrt erschienen. Aehnliches ergebe die Beobachtung von Bruns an tuberculösen Abscessen, die mit Jodoform behandelt worden. In der Abscessmembran verschwinden nicht nur die Tuberkelbacillen, sondern auch die Kerntheilungen hören auf, während sich unter der Abscessmembran Granulationsgewebe entwickelt. Solche Erscheinungen liessen sich aber nur durch Tiefenwirkung der Jodoformdämpfe erklären, deren bedeutendes Diffusionsvermögen auch in eine so starre Masse, wie Gelatine, hinein durch des Verf. oben erwähnte Versuche nachgewiesen worden. —t.

D. H. Cullimore: Eine Studie über Verbreitung und Aetiologie des Leberabscesses. (Med. Press and Circular 30. Nov, pag. 513).

Verf. stützt seine Ausführungen hauptsächlich auf die Erkrankungsfälle unter dem englischen Militär in Indien, wo nächst der Cholera die Leberentzündung die hauptsächlichste Todesursache ist (13,5% aller Todesfälle).

Verf. wendet sich gegen die Anschauung, dass das Zusammenwirken von Hitze, Dysenterie, Malaria, übermässiges Essen und Trinken, sitzende Lebensweise und Erregungszustände die Ursache für die Lebererkrankung abgebe, sondern erachtet als prädisponirendes Moment nur die Hitze, als directe Krankheitsursache die Erkältung resp. die plötzliche Temperaturherabsetzung. Hierzu fügt er noch eine andere Ursache: die Reitübungen und das Stossen auf den Munitionswagen, welche die Ursache für traumatische Abscesse abgeben.

Was die Verbreitung der Leberabscesse betrifft, so lässt sich im Allgemeinen sagen, dass dieselben in der aequatorialen Zone (beiderseits, vom Aequator bis 6—7° sich erstreckend) geringer ist als in der tropischen Zone (vom 8° bis 18°). Die Ursache dafür sieht Verf. in dem Umstande, dass in ersterer bei 2 Regenzeiten und 2 trockenen Zeiten, ein gleichmässigeres Klima herrscht, während wir in der tropischen Zone nur eine Regenzeit und eine heisse Zeit, unterbrochen von plötzlichen Regengüssen haben. Diese plötzlichen Unterschiede macht Verf. verantwortlich. Dem entsprechend findet sich der Leberabscess auch sehr viel häufiger in Orten mit continentalem Klima, als in den Seestädten oder den kleineren Inseln, die fast völlig von demselben verschont sind.

Verf. konnte die üblen Folgen der zu plötzlichen Abkühlung an sich selbst wahrnehmen als er aus Indien im December nach England reiste: Reconvalescent nach einer Erkrankung an Leberabscess, erlitt er in Suez einen Rückfall, der ihn auf 6 Monate an's Krankenbett fesselte. Verf. warnt daher vor Uebersiedelung aus den tropischen Gegenden in den Norden im November.

Dafür, dass nicht die Lebensweise die praedisponirende Ursache abgiebt, sprechen die für das Militär überall gleichen Verhältnisse, bei grossen Schwankungen in der Morbilitäts- resp. Mortalitätsziffer. Die relative Bedeutungslosigkeit der infectiösen Fieber erhellt daraus, dass die Morbilitätsziffer für diese in gar keinem Verhältnisse steht zu der für Leberabscess. W.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Медицина въ 1886 году (die Medicin im Jahre 1886). Jahrbuch der medicinischen Literatur in allen Specialfächern. Herausgegeben von Dr. Sprimon unter Mitwirkung vieler Aerzte. I. Lieferung. IX. 658 S. 8°. Moskau 1887.

Mit Freuden begrüssen wir diesen ersten, gut gelungenen Versuch, für die vaterländischen, fremder Sprachen nicht mächtigen Aerzte einen Jahresbericht über die Fortschritte der Medicin zusammenzustellen. Eingeleitet wird das Werk mit einer kurzen Geschichte solcher Sammelwerke in Europa, in welcher wir zu unserem Bedauern die altverdienten und sehr bekannten Schmidt's Jahrbücher vermissen. Das vorliegende Jahrbuch hat den Vorzug vor seinen Collegen, dass es, so weit ich es beurtheilen kann, die gesammte, recht

reichliche russische medicinische Literatur enthält und sind die einzelnen Referate in der nöthigen Ausführlichkeit abgefasst, um sie zum Arbeiten benutzen zu können, was man nicht von jedem Sammelwerk dieser Art sagen kann; ein jeder Referent berichtet eben von seinem subjectiven Standpuncte aus und lässt Manches als unwichtig aus, was einem Anderen sehr wichtig erscheinen kann.

Das ganze Werk ist auf 3 starke Lieferungen berechnet; unter den Mitarbeitern sind recht bekannte und berühmte Namen zu finden. Wir wünschen aus vollem Herzen dem neuen, recht schwierigen Unternehmen einen glänzenden Erfolg. Hz.

Obersteiner: Der Hypnotismus und seine klinische und forensische Bedeutung. Russische Uebersetzung. St. Petersburg 1887. C. Ricker.

Sehr gute Wiedergabe des bekannten, in den «Klinischen Streit- und Zeitfragen» erschienenen Werkchens von Prof. Obersteiner. Hz.

W. Behrens: Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten. 76 Seiten. Braunschweig 1887. Verlag von Harald Bruhn. Preis Mk. 2.40.

Die vorliegenden Tabellen entsprangen einem eigenen Bedürfnisse des Verf. und ermöglichen es dem mit mikroskopischen Arbeiten Beschäftigten sich auf schnelle Weise über eine Anzahl von Zahlen- und sonstigen Angaben zu orientiren. Sie enthalten zunächst eine vergleichende Zusammenstellung der üblichsten Maasse, Thermometergrade, Aräometerwerthe und einige Tabellen über die specifischen Gewichte und die Procentgehalte der Lösungen einer Anzahl wichtiger Reagentien (Alcohol, Säuren und Alkalien), sowie über die optischen Constanten. Es folgt dann eine Zusammenstellung nebst kurzer Gebrauchsanweisung der Erhärtungsflüssigkeiten, der Fixirungs-, Aufhellungs-, Beobachtungs- und Conservirungsmittel gleichfalls in tabellarischer Uebersicht. Desgleichen die gebräuchlichen Verschlusslacke, die Einbettungs-, Aufklebe-, Macerations- und Entkalkungsmittel. Zum Schluss wird die Bereitungsweise und Anwendung der Injectionsmassen, sowie der Tinctionsmittel besprochen. Diese kurzen, übersichtlichen Tabellen sind nur für den praktischen Gebrauch bestimmt und können als bequemes Hilfsmittel für das mikroskopische Laboratorium durchaus empfohlen werden —x.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 13. October 1887.

1. Dr. Luppian demonstrirt einen ihm vom Apotheker Friedländer zugesandten kleinen Apparat zur Inhalation von Menthol bei acutem Schnupfen und giebt an damit ganz guten Erfolg erzielt zu haben.

2. Dr. Severin berichtet über einen Fall von Exstirpation eines Ovarialtumors bei einem 2 Jahre 4 Monate alten Mädchen. Die Operation wurde am 11. October ausgeführt; über den Verlauf behält sich Dr. S. vor weitere Mittheilungen zu machen.

3. Dr. Moritz theilt einen Fall von primärem Krebs der linken Lunge mit, der successiv auch von DDr. Frankenhäuser und Dombrowski behandelt und schliesslich von Dr. de la Croix secirt worden: Es handelte sich um eine 60jährige Frau, die Dr. Moritz seit ca. 20 Jahren kannte und gelegentlich behandelt hatte. Anfangs Juli 1886 wandte sie sich an Dr. M. wegen Schmerzen in der linken Hälfte der Brust, die von leichtem Fieber begleitet wurden. M. constatirte eine leichte Pleuritis, auch schien eine geringe Dämpfung an der linken Lungenspitze vorhanden zu sein, es prävalirten aber die subjectiven Erscheinungen. Trotzdem schwanden dieselben bald, desgleichen das Fieber und es trat Wohlbefinden ein. Aber bereits nach einigen Wochen wurde Dr. M. wieder gerufen und constatirte, dass wiederum leichte Pleuritis eingetreten. Die Dämpfung unterhalb der linken Clavicula hatte entschieden zugenommen. Auswurf fehlte fast ganz. Derartige leichte pleuritische Anfälle wiederholten sich im Laufe einiger Monate 3—4 mal. Die Dämpfung nahm langsam aber stetig zu und hörte man entsprechend derselben trockenes Hauchen, welches sich sehr dem Bronchialathmen näherte. Das Recidiviren der Pleuritis, das Fortschreiten der Dämpfung und die Abwesenheit eines deutlichen Exsudates bewogen Dr. M. zum Verdacht auf primäres Carcinom der linken Lunge und er sandte die Pat. in's evangelische Hospital.

Dr. Frankenhäuser berichtet über diese Patientin weiter: Im Herbst 1886 kam sie ins evangelische Hospital und konnte er bei der Aufnahme deutliche Dämpfung L. V. bis zur dritten Rippe constatiren. L. V. U. fand sich unbedeutendes Exsudat. L. H. fing die Dämpfung nicht von der Spitze, sondern etwas unterhalb derselben an. Längere Zeit änderte sich dieser Zustand nicht, erst im Frühling a. c. stellte sich häufiger Fieber ein und nahm die Dämpfung derartig zu, dass F. sich zu einer Probepunction entschloss, wobei er eine seröse Flüssigkeit entleerte. Nach einiger Zeit war das Exsudat geschwunden, wiederholte Punctionen ergaben keine Flüssigkeit mehr, die Dämpfung blieb. Als Patientin im Mai entlassen wurde, war die Lungenspitze noch frei, das bei der Aufnahme ebenfalls L. sub claviculam constatirte schwach hauchende Athmungsgeräusch war geschwunden; am 1. Pulmonalton ein Geräusch. Fast während des ganzen Aufenthaltes im Hospital hat Pat. gehustet, einige Male auch blutige Sputa ausgeworfen, die jedoch bei mikroskopischer Untersuchung nichts Charakteristisches für Neubildungen boten.

Dr. Moritz: Im Laufe des Sommers blieben die früheren Erscheinungen dieselben, nur kam noch ein deutliches Verdrängtsein des Herzens nach rechts hinzu und Erscheinungen des Druckes auf Herz und Lungen. Unterdessen wurde Pat. von Dr. Veit behandelt, welcher sie im Herbst ins Peter-Pauls-Hospital dirigirte, mit der Anfrage, ob noch irgend ein operativer Eingriff möglich sei.

Dr. Dombrowski: Im Peter-Pauls-Hospital ist die Pat. von 7 Collegen untersucht worden, welche die oben beschriebenen Erscheinungen bestätigten. Die Druckerscheinungen hatten bedeutend zugenommen, Pat. sehr anämisch, heruntergekommen, der Puls klein und schwach. Eine Probepunction ergab keinen Eiter, sondern reines Blut, desgleichen entleerten sich bei der Thoracotomie nur ältere und frischere Blutgerinnsel. 24 St. darauf Tod.

Dr. de la Croix: Die eben erwähnten Blutgerinnsel enthielten, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, kleinzellige Krebsknoten.

Die *Section* ergab Folgendes: Die Lungenspitze frei jedoch comprimirt, sonst ist die *ganze linke Lunge* von Carcinom eingenommen und zwar handelt es sich um ziemlich weiche, bis faustgrosse Medullar-Knoten, namentlich im unteren Lappen; der Ausgangspunct lässt sich nicht mehr feststellen, jedenfalls aber ist das Carcinom nicht von der gleichmässig verdickten, verwachsenen Pleura ausgegangen. Im unteren Lappen nach links und aussen, zwischen der Axillar- und Scapularlinie, entsprechend dem 5.—7. Intercostalraum findet sich eine Caverne, grösstentheils von einer glatten Membran ausgekleidet, wahrscheinlich bronchiectatischen Ursprungs, umgeben von catarrhalisch verdichteten Partien; in diese Caverne mag man bei der Punction gekommen sein. Die Bronchialdrüsen krebsig degenerirt, desgleichen theilweise auch die rechte Lunge. Das Herz ganz nach rechts verdrängt, flachgedrückt von Tumormassen. Pericard und Epicard verwachsen. An den übrigen Organen nirgends Krebsknoten zu finden.

4. Dr. Kernig theilt in Anknüpfung an den eben gehörten interessanten Fall von Carcinom der Lunge einen Fall von Pleurakrebs mit, den er im Jahre 1880 fast in seinem ganzen Verlauf beobachtet hat und schliesst daran kurze Bemerkungen über drei weitere Fälle von Pleurakrebs, die er zeitweilig gesehen hat. Der erste Fall betraf die Frau eines Collegen, in mittlerem Lebensalter, die nach schweren Gemüthsbewegungen im Januar 1880 an Erscheinungen erkrankte, die zur Constatirung eines geringen rechtsseitigen Spitzeninfiltrats führten. Ende März sah Kernig die Kranke zum ersten Mal und fand ausser der geringen Infiltration der rechten Spitze ein geringes Pleuraexsudat rechts, etwa 3—4 Fingerbreit hoch. Dieses geringe Exsudat erwies sich bald insofern als ganz eigenthümlich, dass es äusserst hartnäckig war, den gewöhnlichen Mitteln nicht wich, im Gegentheil allmälig weiter zunahm, und dass es Anfangs mit Fieber verbunden war; die Temperaturen waren normal, nur vereinzelt subfebril, später in der zweiten Hälfte der Krankheit meist subfebrile Temperaturen, so dass die Klagen über Schmerzen und Dyspnoe ganz unverhältnissmässig stark und anhaltend waren. Gegen Mitte Mai, als Pat. auf's Land sollte, stand das Exsudat etwa auf der Mitte der Scapula, vorn an der 3. Rippe. Auf dem Lande trat nun allerdings in der ersten Hälfte des Sommers Resorption des Exsudats ein, die selbst bis zur Ausbildung eines retrécissement thoracique ging, aber die Klagen der Patientin über Schmerzen und Dyspnoe liessen nicht nach, auch das Allgemeinbefinden blieb immer schlecht. Von der Mitte des Sommers an datirte eine abermalige Ansammlung des Exsudats, die langsam zur Ausfüllung des rechten Pleuraraumes mit starker Verdrängung der Leber nach unten führte. Die Temperaturen lagen jetzt etwas höher, meist immer noch subfebril, doch kamen ab und zu Steigerungen über 38,0 und vereinzelt bis auf 39,0 vor. Anfang August musste zur Punction geschritten werden und lieferte dieselbe ein exquisit hämorrhagisches Exsudat, dasselbe war jetzt wie bei all' den folgenden Punctionen intensiv blutroth gefärbt und hatte ein gewisses lackfarbenes Aussehen. Das Exsudat sammelte sich sehr rasch wieder an und folgte daher die 2. Punction rasch der ersten, schon nach 7 Tagen. Die folgenden Punctionen, die immer nur ex indicatione vitali gemacht wurden, folgten einander ebenso in kurzen Zwischenräumen, die nur zwischen 6 und 11 Tagen lagen. Es wurden bis an's Lebensende, Anfang November, im Ganzen 12 Punctionen gemacht; die jedes Mal entleerten Flüssigkeitsmengen betrugen zwischen 800 und 2000 Ccm.; der Marasmus war vor dem Tode bis auf's Aeusserste vorgeschritten.

Die *Section*, die von dem inzwischen verstorbenen Dr. Albrecht ausgeführt wurde, ergab eine diffuse krebsige Degeneration der ganzen rechtsseitigen Pleura; dieselbe war schwartig verdickt, stellenweise mit kleinen Warzen und vereinzelten stalaktitenförmigen Excrescenzen bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein sogenanntes Endotheliom der Pleura (Birch-Hirschfeld, E. Wagner, R. Schultz). Nester von Endothelzellen in der bindegewebig verdickten Pleura bildeten das Charakteristicum des mikroskopischen Befundes. Im rechten wie im linken Oberlappen fand sich eine grosse Menge kleiner käsiger Herde mit je einer mandelgrossen Höhle. Ob diese Herde damals mikroskopisch untersucht wurden ist dem Referenten nicht mehr erinnerlich.

Dr. Kernig hat noch drei diesem gleiche Fälle zeitweise zu

beobachten Gelegenheit gehabt. 1) Bei einem Herrn in den fünfziger Jahren trat einige Zeit nach Entfernung eines Hautkrebses ein massenhaftes linksseitiges Pleuraexsudat ein, das sich theilweise hier in Petersburg resorbirte, im Süden recidivirte, ein (oder mehrere?) Mal zur Punction kam (ein Mal auch von Billroth in Wien punctirt), eine hämorrhagische Flüssigkeit bei diesen Punctionen lieferte und mit dem Tode endete. 2) Ein anderer Fall betraf einen Lehrer in mittleren Jahren, der (nach einem Trauma?) ein ganz langsam und fieberlos sich entwickelndes Pleuraexsudat bekam, das bei der ersten Punction hier in Petersburg noch ein seröses Exsudat lieferte, später aber im Süden, in San-Remo ein hämorrhagisches Exsudat aufwies. Der Mann kam dort zur Section und nach der Beschreibung des makroskopischen Pleurabefundes, die seiner Zeit Dr. Kernig zuging, hat es sich um dieselbe Entartung der Pleura gehandelt, wie oben erwähnt. 3) Endlich sah Dr. Kernig im Hospital ein Weib in recht hohem Alter mit massenhaften hämorrhagischem (rechtsseitigem?) Pleuraexsudat, die bei der Section einen Befund an der rechten Pleura aufwies, wie in dem ersten ausführlicher mitgetheilten Falle.

Dr. Kernig fasst noch kurz die Eigenthümlichkeiten derartiger Fälle zusammen: Chronischer, hartnäckiger, fieberloser oder fast fieberloser Verlauf, exquisit hämorrhagisches Exsudat, ganz unverhältnissmässig starke subjective Beschwerden, namentlich Klagen über Schmerzen, allmälig wachsender Marasmus; zeitweise eintretende Resorption des flüssigen Exsudats ohne Besserung des subjectiven Befindens kann vorkommen, wie der erste Fall lehrt.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 7. October 1887.

Dr. Jansen: «Casuistisches über Fremdkörper».

«Corp. alien. in larynge». Einem 3½-jährigen Knaben war ein metallener Schnallenknopf in den Larynx gerathen. Heftige Dyspnoe, Cyanose. Tracheotomie. Von der Wunde aus lässt sich der Fremdkörper nicht entfernen, er wird daher zum Rachen hin gehoben. Eine gleichzeitige Schlingbewegung des Kindes befördert den Knopf in die Speiseröhre und findet sich derselbe Tags darauf in den Fäces.

«Corp. alien. in vesica urinaria». Der 15-jährige Pat. hat vor 7 Tagen ein Stück einer Stricknadel in die Harnröhre geschoben, wo es ihm verschwunden. Schmerzen, Harndrang, Urin trübe. Temp. 38,7°. Der Catheter stösst auf einen eingekeilten metallenen Gegenstand im vorderen Blasenabschnitt. Extractionsversuche resultatlos. Sectio mediana. Die Nadel muss behufs Entfernung zerbrochen werden. (Fragmente 6,1 und 3,6 Ctm.). Salicylsäure-Spülung (¹/₆%), offene Wundbehandlung. Am 5. Tage post operat. fieberfrei, am 13. Tage wird per uretram urinirt, nach 4 Wochen geheilt entlassen.

«Corp. alien. in vagina». Mehrere hartgekochte Hühnereier in der Schale wurden aus der Vagina mit Löffel und Irrigation mühelos entfernt.

«Corp. alien. in oesophago». Flache Knochenstücke von 2—4 Ctm. Länge und ein kupfernes 5-Kopekenstück wurden mit Graefe's Münzenfänger entfernt. Ein hartes sehniges Stück Fleisch steckt einem 51-jährigen Manne seit 24 Stunden im Isthmus fauc. und lässt sich weder extrahiren noch hinabstossen. Künstliche Erweichung durch Pepsin und Salzsäure ebenso erfolglos wie Apomorphin angewandt. Oesophagotomie in Aussicht genommen. Ueber Nacht schwindet das obturirende Hinderniss, der Bissen ist in den Magen geglitten, nachdem er 3½ Tage eingekeilt gewesen.

«Lithiasis». I. Seit 4 Jahren hat der 17-jährige Pat. beim Uriniren Schmerzen in der Glans penis. Seit 1 Woche constanter Harndrang mit Entleerung geringer Mengen sanguinolenten Urins. Sectio alta. Maulbeerstein (oxals. Kalk) von 13,5 Gr. und 9,5 Ctm. grösstem Umfang. Am 15. Tage geheilt entlassen. II. 70-jähriger marastischer Pat. Seit 8 Monaten Blasenbeschwerden. Blut im Urin. Sectio mediana. 23 Steine (Urate und phosphors. Kalk). Glatte Würfel von ca. 1 Ccm. Grösse und 3 Gr. Durchschnittsgewicht. Heilungsdauer 18 Tage.

Weitere Casuistik liefern: Dr. Voss (Klinik in Dorpat): a) Einem Manne war bei der Behandlung mit einem Wiener Bougie ein Stück desselben von 8 Ctm. Länge in der Strictur stecken geblieben und in die Blase gerathen. Sectio mediana. Beim Fassen bricht der Fremdkörper in 3 Stücke, die einzeln entfernt werden. Tags darauf Blasenblutung. Behandlung mit Eis und Morphium; am 3. Tage wird das ergossene Blut entleert. Ausgang günstig. b) Krankenhaus in Riga. Dem Pat. war der Catheter beim Catheterisiren an der Harnröhrenmündung abgebrochen und beim Versuch ihn zu entfernen, nur tiefer befördert worden. Er steckte in der Pars membranacea. Entfernung von der Harnröhre aus. c) Ein Prussak (Schabe) im äusseren Gehörgange war durch Eingiessen von Schnaps in's Ohr vom Pat. getödtet worden. 3 todte Exemplare fanden sich ein anderes Mal in einem Ceruminalpfropf, ohne dass Träger derselben eine Ahnung davon gehabt.

Dr. Bergmann zeigt einen Grashalm, den er in einem Perinäal-Abscess gefunden. Pat. hatte im Heu geschlafen, bald darauf habe sich Absonderung aus der Harnröhre eingestellt, die als Gonorrhoe mit Injection behandelt worden war. — Ein 5-jähriger Knabe hatte ein Stück Krebsschale aspirirt, welches sich zwischen den Stimmbändern aufrecht eingekeilt fand und beim Fassen mit der Kehlkopfpincette zerbrach. Tracheotomie. Von der Wunde aus wird der Fremdkörper mit der Sonde gehoben und aus dem Rachen mit dem Finger entfernt. Bezüglich der Therapie bei Fremdkörpern in den Luftwegen weise die engl. Literatur nach der Operation 24,5%, ohne Operation 42,8% Mortalität auf. Indicirt halte Ref. die Tracheotomie (sich amerikanischen Autoren anschliessend) bei Suffocationserscheinungen einerseits, bei nicht fixirten Fremdkörpern andererseits, um der Gefahr des Hinabgleitens zu begegnen.

Dr. Hampeln: Das Zuwarten könne Gefahr mit sich bringen. Dr. Gaehtgens habe seiner Zeit über einen Fall referirt, in welchem eine in den Kehlkopf gerathene Krachmandel in den Bronchus gefallen und Lungenabscess die Folge gewesen sei, — worauf Dr. Bergmann nochmals als nothwendige Bedingung des Abwartens betont, dass der Fremdkörper sicher fixirt erscheine.

Dr. Miram (aus fremder Praxis): a) Projectil, an der linken Seite des Kehlkopfes sitzend, soll operativ entfernt werden. Beim Hautschnitt fällt die Kugel durch die durchschossene Cartilago thyreoidea in den Larynx. Dem zufällig anwesenden Prof. Bergmann gelingt es mit glücklichem Griff vom Rachen her die Kugel wieder herauszuluxiren. — b) Wilms glaubte mit der Sonde das vermisste Stück eines Catheters in der Blase nachgewiesen zu haben. Operation wegen Decrepidität des Pat. unterlassen. Section: Kein Fremdkörper, sondern Carcinoma vesicae.

Dr. Stavenhagen: Nach Sturz gegen ein Treppengeländer klaffende Wunde am Orbitalrande; Knochen entblösst. Ein grosser und mehrere kleine Holzsplitter entfernt. Heilung p. p.. Nach 14 Tagen Fieber, Abscess an der Stelle der Verletzung. Nach Spaltung entleert sich erst nach längerer Zeit ein Splitter nach dem andern, in solchem Umfange, dass sie die ganze Länge des Orbitalraumes angefüllt haben müssen. — Zu Waldhauer's Zeiten sei im inneren Augenwinkel eines Pat. ein Aststück entdeckt worden, von dessen Anwesenheit der Träger nichts gewusst.

Dr. Schultz entfernte bei einer älteren Frau mit dem Münzenfänger ein in der Speiseröhre quer fixirtes Knochenstück von 3,5 Cm. Länge, nachdem von der Umgebung resultatlose Versuche gemacht, den Fremdkörper mobil zu machen. Tags darauf Pneumothorax, Exitus.

Dr. Schultz: «Mittheilung aus der forensischen Praxis». Der Arbeiter P. Sch. erkrankte nach einem durchzechten Tage des andern Morgens mit Erbrechen. Der des sich progressiv verschlimmernden Zustandes wegen consultirte Arzt diagnosticirte bei vollständiger Aphonie Larynxtuberculose. Tod am 10. Tage. Wegen eines angeätzten Fleckes auf der Unterhose Defuncti machen die Angehörigen polizeiliche Anzeige. Der exhumirte Cadaver gelangt am 5. Tage p. mort. zur Section: Gasentwickelung, stärkerer Leichengeruch fehlten. Periton. dunkelgrün spiegelnd. Magenwand perforirt. Serosa um die Perforat. herum von rothbrauner Flüssigkeit bedeckt, sonst wie oben beschrieben. Magen sehr zerreisslich, Schleimhaut in Fetzen abgehoben, Structur unkenntlich. Chem. Untersuchung des Mageninhalts noch unentschieden; Fleck auf der Hose: Schwefelsäure. Intoxicat. mit der Substanz scheint Vortr. nicht wahrscheinlich: es fehlten momentan stürmische Erscheinungen, die Eingangsöffnung nicht afficirt. Trotz constatirter Aphonie keine Schwellung im Kehlkopf. Redner neigt zur Annahme: Arsenik und zwar in fester Form, das erst im Magen gelöst worden und so zu langsamerer Wirkung gekommen wäre. Aphonie dürfte auf Reflexlähmung in Vagus-Bahnen beruhen (bei Opium, Strammonium, Blei beobachtet — Eichhorst).

Die DDr. Hampeln, Stavenhagen, Petersenn wenden sich gegen die Annahme des Ref.: Der Sectionsbefund beweise die Intoxication überhaupt nicht sicher, es könnte sich auch um postmortale Veränderungen handeln und dürfte der Arsenik-Hinweis keine Schwierigkeiten bieten.

Im Anschluss an obigen Vortrag referirte Dr. v. Reichhardt, dass Schwefelsäure statt Schnaps getrunken in einem ihm bekannten Fall ausser dauernder Aphonie keine wesentlichen Folgen verursacht habe.

z. Z. Secretär: Dr. von Stryk.

Vermischtes.

— Am 27. December beging auf seinem Gute Raiküll bei Reval der bekannte Geologe Dr. Alexander Graf Kayserling (Hofmeister des Kaiserlichen Hofes und Ehrenmitglied der Academie der Wissenschaften) sein *50-jähriges Schriftsteller-Jubiläum.* An der Feier betheiligten sich vorzugsweise die Universität Dorpat und die wissenschaftlichen Vereine der Ostseeprovinzen, in denen er geboren und als Curator des Dorpater Lehrbezirks (1862—69) segensreich gewirkt hat. Seine Majestät der Kaiser hat dem Jubilar bei dieser Gelegenheit den *St. Wladimir-Orden II. Classe verliehen.*

— Wie eine Kijewsche Zeitung mittheilt, fasste die Landschaftsversammlung des Kreises *Oster* (Gouv. Tschernigow) im Jahre 1885 den Beschluss, «*versuchsweise im Kreise die homöopathische Behandlung der Kranken einzuführen*». In der That wurden im J. 1886 drei homöopathische Apotheken mit den obligaten Handbüchern verschrieben und «populären Personen im Kreise» übergeben, denen die Landschaft die Behandlung der Kranken mit Homöopathie anvertraute. Seit dieser Zeit ist bereits mehr als ein Jahr vergangen; die Landschaft scheint denn doch eine gelinde Scham zu empfinden,

da sie bis jetzt es unterlassen hat, einen Bericht über die Thätigkeit dieser «populären Personen» abzustatten.

— Der «Wratsch» entnimmt dem «Ufaschen Annoncen-Blatt» vom 26. October 1887 folgende *Bekanntmachung des dortigen Arztes* J. W. Schkorbatow: «Kranke, welche mit Elektro-Homöopathie nach der Methode des berühmten französischen Homöopathen Grafen Mattei behandelt zu werden wünschen, empfange ich täglich von 10—12 Uhr in meinem Hause. Frische homöopathische Streukügelchen und die elektrischen Flüssigkeiten habe ich vom Grafen Mattei selbst erhalten». Besonders betrübend wirkt diese Bekanntmachung, wenn man bedenkt, dass dieser Arzt Schkorbatow noch vor Kurzem als Medicinalinspector von Ufa fungirte, also an der Spitze des Medicinalwesens eines ganzen Gouvernements gestanden hat. Wie Letzteres möglich gewesen, ist schwer zu verstehen, da man doch wohl kaum annehmen kann, dass Sch. sich erst nach Niederlegung der Functionen des Medicinalinspectors plötzlich als Homöopath, und zwar noch der niedersten Gattung, entpuppt hat.

— *Verstorben*: 1) In London der Senior der Aerzte Englands, Dr. Georges Sylvester, in fast vollendetem 100. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher früher als Marinearzt fungirte, ist bis zu seinem Lebensende im Vollbesitze geistiger Frische gewesen. 2) Am 22. December 1887 in Leipzig der Gerichtsarzt Prof. Dr. Sonnenkalb, welcher seit 44 Jahren gerichtliche Medicin an der dortigen Universität vortrug, im 72. Lebensjahre. 3) In Moskau Dr. G. Markonet (Geburtshelfer und Frauenarzt), der als Stadtverordneter mit viel Energie für Verbesserungen der sanitären Verhältnisse Moskau's eintrat.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburg's* betrug am 27. December 1887 5552 (263 weniger als in der Vorwoche) darunter 576 Typhus- (11 weniger), 684 Syphilis- (63 weniger) und 51 Scharlachkranke (7 weniger), sowie 1 Pockenkranker (1 weniger als in der Vorwoche).

— Unter den neuen französischen Ministern sind zwei, welche früher Aerzte gewesen sind und zwar der Marineminister de Mahu und der Minister der öffentlichen Arbeiten Loubet.

— Prof. Naunyn in Königsberg (früher in Dorpat) hat den an ihn ergangenen Ruf als Nachfolger Prof. Kussmaul's auf den Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie in Strassburg definitiv angenommen.

— Der Director des hygienischen Instituts der Berliner Universität, Prof. Dr. Rob. Koch, ist zum Generalarzt à la Suite des preussischen Sanitätscorps ernannt worden.

— Zum Nachfolger Prof. Scanzoni's in Würzburg, der wegen Alters von seiner Lehrthätigkeit zurücktritt, soll Prof. P. Müller in Bern, ein Schüler und ehemaliger Assistent desselben, in Aussicht genommen sein.

— Das im Jahre 1887 gegründete «*Centralblatt für Kinderheilkunde*» ist wegen mangelnder Theilnahme eingegangen.

— Die Königsberger Universität hat dem weltberühmten Physiker Wilhelm Weber das Ehrendiplom eines Doctors der Medicin, welches ihm vor 50 Jahren von dieser Universität für die in Gemeinschaft mit seinem Bruder angestellten berühmten Untersuchungen über das menschliche Gehirn verliehen wurde, jetzt erneuert.

— Die Ophthalmologen gehen mit der Absicht um, nach dem Vorgange deutscher Schulmänner, alle historischen Denkmäler der Augenheilkunde aus der Zeit von dem Ende des XV. Jahrhunderts bis zum Schlusse des XVII. zusammenzutragen. Da die Augenheilkunde erst spät selbständige Werke gezeitigt hat, so gilt es für die ältere Zeit aus den Werken über Anatomie, Physiologie und Chirurgie auszulesen, was auf die Augenheilkunde Bezug hat. Es handelt sich dabei wesentlich um Werke in deutscher oder lateinischer Sprache. Die Schriften der letzten Art sollen in deutscher Uebersetzung veröffentlicht werden. Das Sammelwerk, zu dem Prof. Schoeler die Anregung gegeben hat, soll unter dem Namen *Monumenta Germaniae ophthalmologica* erscheinen. (A. m. C.-Ztg.)

— In der *medicinischen Facultät der Züricher Universität* ist zwischen der *weiblichen* und *männlichen Studentenschaft* ein Conflict entstanden, der folgende Veranlassung hat: Ein Professor, der innere Medicin vorträgt, soll in seinen Vorlesungen in einer für ein gemischtes Zuhörerpublicum etwas heiklen Frage sich etwas frei bewegt und so das Zartgefühl der anwesenden Studentinnen verletzt haben. In Folge dessen blieben die Studentinnen den Vorlesungen des Professors demonstrativ fern. Die Studenten dagegen nahmen den Professor energisch in Schutz und haben ihre Uebereinstimmung mit seiner Behandlungsweise medicinischer Materien sogar in einer Sympathie-Adresse kundgegeben.

— In Folge der Mittheilung von Seiler und Garcin bezüglich der *Flussspathsäure (Fluorhydrat) als Mittel gegen Schwindsucht und Diphtherie* hatte die *Pariser Académie de Médecine* eine Commission, bestehend aus Féréol, Proust und Hubbard, mit der Prüfung des Gegenstandes betraut. Die Commission hat nun ihren Bericht abgestattet und bestätigt in demselben die Wirkung des empfohlenen Heilverfahrens. Die qu. Entdeckung ist übrigens nur die wissenschaftliche Feststellung einer durch die Erfahrung in den Glasfabriken längst bekannten Thatsache. Wenn die Krystallschleifer von der Tuberculose angegriffen sind, verlangen sie regelmässig in die Werkstätten der Glasätzer versetzt zu werden, wo die Luft stets mit Flussspathsäure geschwängert ist. Nach den von der Commission angestellten bezüglichen Versuchen besteht die erste Wirkung der in Rede stehenden Behandlung der Schwindsüchtigen darin, dass die Esslust wiederkehrt, das Erbrechen und die Diarrhoeen, sowie die nächtlichen Schweisse aufhören, die Fieberzustände verschwinden und das Körpergewicht zunimmt. Von 100 behandelten Kranken wurden 35 geheilt, bei 41 besserte sich der Zustand wesentlich und dürfte bei fortgesetzter Behandlung ebenfalls zu vollständiger Genesung führen; bei 14 trat ein Stillstand der Krankheit ein, während nur 10 starben. Bei Vervollkommnung des Verfahrens durch fortgesetzte Beobachtung hofft man noch mehr Heilungen zu erzielen. Bei vielen der behandelten Kranken war das Uebel schon so weit vorgeschritten, dass überhaupt wenig Hoffnung mehr vorhanden sein konnte. *Wo die Krankheit sich auf der ersten Stufe befand, erfolgte regelmässig Heilung.* (Allg. med. C.-Ztg.).

— Heckel berichtet in der Sitzung vom 7. Nov. der Academie des sciences über günstige Erfolge, die in Toulon und Marseille gemacht worden sind mit Natron sulfobenzoicum als Verbandmittel. Es wurde in 3‰ Lösung angewandt und zeigte garkeine unangenehme Nebenwirkungen. (Sem. méd. № 46, pag. 463). N.

— Physostigmin wird von Riess gegen verschiedene Nervenkrankheiten empfohlen, ist in subcutanen Injectionen von ihm namentlich gegen Chorea mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt worden, wobei die Krankheitsdauer ganz bedeutend abgekürzt wurde. Er injicirte jeden anderen Tag 0,001 Eserinum sulphuricum. Bei der schweren tödtlichen Form nutzt es nichts, bei der habituellen Form älterer Leute wird nur Besserung erzielt. R. hat das Mittel mit theilweisem Erfolge auch bei Tetanus, bei Tremor auf seniler, alcoholischer, hysterischer, typhöser Basis, bei Paralysis agitans, bei multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks etc. angewandt. Er meint übrigens, dass dem Physostigmin. salicylic. wegen grösserer Haltbarkeit vor dem Physostigm. sulphur. der Vorzug zu geben sei. (Münch. med. Wochenschr. № 23).

— Dr. Just Touatre (New-Orleans) veröffentlicht in der letzten Nummer der Archives roumaines de médecine et chirurgie eine neue *Methode, Gallensteine abzutreiben*, die er an sich selbst erprobt hat. Man nehme im Verlaufe von einer halben Stunde 24 Esslöffel feines Olivenöl (!?), dessen unangenehmen Geschmack man mit Saugen von Orangenschnitten verdecken kann. Verf. hat an sich selbst diese Procedur am 7. Juni 1884 vorgenommen und entleerte in 24 Stunden in 6 Stühlen gegen 80 Gallensteine; in 4 Monaten entleerte er bei derselben Behandlung noch 18 Steine und ist bis jetzt von Coliken verschont geblieben. Das Oel wird während des Anfalles von Gallensteincolik eingenommen, wie es aber wirkt, das verschweigt der Vf. (Rev. générale de méd. et chir. № 40). Hz.

— Stocquart (Arch. de méd. et chir. de Bruxelles 1887, p. 86) empfiehlt die Anwendung von *Apomorphinum muriaticum als locales Anästheticum* bei Augenaffectionen, Stomatitis, Glossitis, Cardialgien, besonders aber bei Lungenaffectionen mit häufigem und quälendem Husten und stockendem Auswurf. Mittelgabe innerlich 0,003—0,004, äusserlich 0,5—1% Lösung. (Rev. génér. de clin. et thérap. № 41). Hz.

Vacanzen.

— Im *Poltawa'schen Gouvernements-Landschaftshospital* wird in nächster Zeit *der Posten eines Prosectors* vacant. Derselbe ist verpflichtet die Sectionen und die mikroskopischen Untersuchungen auszuführen, die Abtheilung für Infectionskrankheiten zu leiten und in der Feldscheerer-Schule Unterricht in der Anatomie zu ertheilen. Gehalt: 2000 Rbl. jährlich. (Russ. Med.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 13. bis 19. Decbr. 1887.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
279	222	501	102	51	74	8	10	9	57	39	45	39	38	26	2	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 15, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 6, Diphtherie 17, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 66, Todtgeborene 27.

Дозв. ценз. Спб. 31. Декабря 1887 г. Herausgeber Dr. L. v. Holst. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. L. v. HOLST, St. Petersburg. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 2. **St. Petersburg, 9. (21.) Januar** **1888.**

Mittheilungen aus der Dorpater chirurgischen Klinik.

I. Ein Beitrag zur Technik und Casuistik der Fussresection nach Wladimirow-Mikulicz.

Von
Dr. W. Zoege-Manteuffel,
I. Assistent der chir. Klinik.

In Nachstehendem erlaube ich mir eine Modification des Wlad.-Mik.'schen Operationsverfahrens der Oeffentlichkeit zu übergeben und im Anschluss daran über zwei typisch resecirte Fälle zu berichten.

Bei der Mannigfaltigkeit der cariösen Processe der Fusswurzelknochen und den complicirten anatomischen Verhältnissen dieser Gegend muss jedes neue Operationsverfahren, sei es auch nur eine Modification oder Erweiterung des schon Bekannten, als erwünscht betrachtet werden. Je grösser die Anzahl der zur Verfügung stehenden Varianten, um so eher ist auch der Operateur in der Lage sich für den einzelnen Fall eine passende Schnittführung auszuwählen. Dabei geniesst er vor dem atypisch Operirenden den Vortheil, mit bereits bekannten, mechanisch erprobten Resultaten rechnen zu dürfen.

Fall 1. Maddis Sawi, 18 J. a., aufgen. den 16. Sept. 1887, giebt an bis Mitte December 1886 stets gesund gewesen zu sein. Um diese Zeit bemerkte er eine Schwellung unterhalb des äusseren Knöchels des linken Fusses und schmerzhafte Behinderung der Bewegung. Bald darauf bildeten sich eiternde Fisteln.

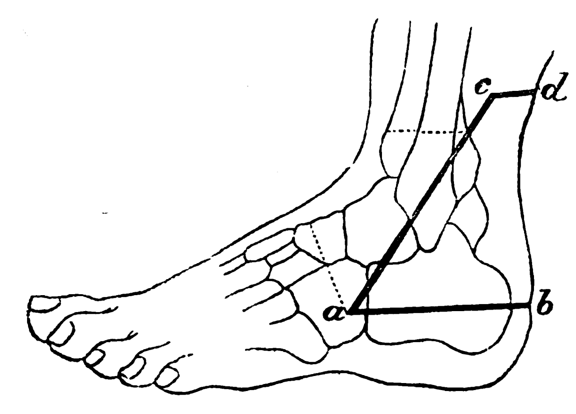
Status präsens. Patient ist anämisch, schlecht genährt. Der linke Fuss plantar flectirt, leicht supinirt. Die Fläche des Tibiotarsalgelenkes, sowie die Umgebung der Malleolen beträchtlich geschwollen. Die Hautdecken vorne über dem Sinus tarsi, nach hinten, abwärts und aufwärts von den Malleolen, namentlich zu beiden Seiten der Achillessehne bis etwa eine Handbreit oberhalb des Fersenhöckers geröthet, teigig infiltrirt und von eiternden Fisteln durchbrochen. Bewegungen im oberen und unteren Sprunggelenk behindert und äusserst schmerzhaft.

Die *Diagnose* lautet auf fungöse Erkrankung des oberen und unteren Sprunggelenkes.

Bei der Beschaffenheit der Weichtheile an der hinteren Seite konnte die typische Resection des Fussgelenks nicht mehr in Betracht kommen, sondern nur die Operation nach Wl.-Mik. Aber auch hier musste eine andere Schnittführung in's Auge gefasst werden, um Ersatz für den sehr hoch nach hinten und aufwärts reichenden Weichtheilverlust zu bieten und die gesunden Weichtheile der Fussohle, resp. den noch gesunden unteren Abschnitt des Calcaneus zu erhalten.

Da Professor von Wahl mir freundlichst die Operation überliess, so führte ich sie den 21. Sept. in folgender Weise aus:

Statt nach der Angabe von Mikulicz das Messer von den Malleolen in schrägem Steigbügelschnitt quer durch die Sohle zu führen, begann ich den Schnitt über dem Os naviculare und liess ihn parallel zur Fusssohle auf die andere



Seite bis zum äusseren Rande des Os cuboideum laufen (*a*, *b*). Von den Endpuncten dieses horizontalen Schnittes stiegen nun beiderseits zwei Schnitte (*a*, *c*) schräg nach aufwärts und hinten über die Malleolen an und wurden etwa eine Handbreit oberhalb des Fersenhöckers in gesunder Haut durch einen Querschnitt (*c*, *d*) vereinigt, welcher gleichzeitig auch die Achillessehne vollständig durchtrennte. Eröffnung des Talo-cruralgelenkes von hinten und Durchsägung des Calcaneus in der horizontalen Linie (*a*, *b*). Nach Auslösung

des Talus und Calcaneus im C h o p a r t'schen Gelenk, werden die Unterschenkelknochen 8 Ctm. oberhalb der Gelenklinie, Os cuboideum und naviculare etwa in der Mitte abgesägt und der Fersenlappen nach aufwärts geschlagen. Meinen anfänglichen Plan, den Fersenhöcker an die hintere Fläche der Tibia anzunageln und auf diese Weise solide knöcherne Fixation des Fersenlappens zu gewinnen, musste ich leider aufgeben, da der Calcaneus osteoporotisch war und eine Auslöffelung des erweichten Markgewebes dringend geboten schien. Die Corticalschicht des Knochens nebst dem Periost liess sich jedoch noch erhalten. Alle Säge- und Schnittflächen adaptiren sich vorzüglich.

Subcutane Durchtrennung der Flexoren in der Planta pedis.

Weichtheile durch Knopfnähte geschlossen, 2 Drains. Ein Jodoform - Sublimatgaze - Eisenbandschienen - Verband fixirt den Fuss und hält die Zehen in Dorsalflexion.

28. Sept. Verbandwechsel. Nähte und Drains entfernt. Prima intentio. 1—2 Mm. breite oberflächliche Randgangrän am Fersenlappen. Eine Drainöffnung secernirt etwas. Eisenschienen, Gypsverband.

5. Oct. Verbandwechsel, lineare Vereinigung der ganzen Wunde, Drainstellen noch offen. Zehenstellung vorzüglich. Sensibilität der Zehen normal.

11. Oct. Gehversuche mit Krücken. Keine Schmerzen. Die Temperaturen hatten im Verlaufe nicht 38,5 überstiegen. Vom 12. Tage ab normal. Nach forcirten Gehversuchen, die Patient wider Erlaubniss unternimmt, steigt die Temp. bis 39, um bei Bettruhe wieder zur Norm zurückzukehren.

23. Oct. Verbandwechsel. Die granulirenden Drainwunden mit Lapis gebeizt. Gypsstiefel. Gehversuche. Pat. kann sich fest auf den operirten Fuss stützen, empfindet keine Schmerzen.

Im weiteren Verlaufe erholt Pat. sich immer mehr. Am ergiebigen Gebrauch des operirten Fusses hindert ihn anfangs eine Schmerzhaftigkeit in den Metacarpophalangealgelenken, nachher ein 10-kopekenstückgrosser Decubitus am Hallux.

9. Nov. Wasserglasverband. Der Weichtheilwulst am Dorsum pedis hat sich erheblich zurückgebildet. Wunde durchweg verheilt, vernarbt. Der Fuss ist activ und passiv etwas im Sinne der Flexion beweglich, doch kann Patient die ganze Körperlast dem operirten Fusse anvertrauen. Eine wesentliche Verlängerung ist nicht zu constatiren. Pat. läuft den ganzen Tag mit einer Krücke in den Corridoren und auf den Treppen der Klinik umher.

Pat. erhält einen Stiefel ähnlich dem P i r o g o w'schen. G u t s c h hat im L a n g e n b e c k'schen Arch. Bd. 34, pag. 501 eine Erweiterung des W l a d i m i r o w - M i k u l i c z-schen Verfahrens nach oben hin, centralwärts angegeben — wir können unsere Modification als eine Erweiterung nach abwärts bezeichnen und zwar als eine Erweiterung des Principes der möglichsten Erhaltung noch brauchbarer Theile.

Wir konnten uns davon überzeugen, dass die immerhin schmale Brücke genügend Gefässe führt, um auch einen viel grösseren Theil des Fusses, als er bei der typischen Operation nach W l. - M i k. nachbleibt, vollkommen und ergiebig zu ernähren. Ferner ist das kosmetische Resultat vorzüglich, wie obenstehende Zeichnung illustrirt.

Was nun schliesslich die Gebrauchsfähigkeit anlangt, so können wir schon jetzt ein erwünschtes Resultat constatiren, selbst wenn die geringe Beweglichkeit in der Flexionsrichtung bestehen bleiben sollte.

Fall 2. Karl Swaigsne, 45 a. n., aufgen. den 2. Sept., entlassen d. 3. Dec. 1885, Vater von 7 gesunden Kindern, giebt an, sein Vater sei an einem dem seinen ähnlichen Leiden im Alter von 37 Jahren gestorben. Er selbst ist bis vor 10 Jahren stets gesund gewesen. In seinem 35. Lebensjahre entstand ohne bekannte Veranlassung an der Ferse ein ca. 1-kopekenstückgrosses Geschwür. Bald darauf zeigte sich ein ähnliches an der äusseren Fläche des Unterschenkels, etwa eine Handbreit über dem Malleolus lateralis, welches jedoch bald heilte, und war Pat. darauf 3 Jahre gesund. Dann trat ein ähnliches Geschwür über der Sehne des Ext. digit. minimi auf. Auch dieses Geschwür heilte. Bald darauf, 4 Jahre nach den ersten Erscheinungen, brach das Geschwür an der Ferse wieder auf und breitete sich schmerzlos aus.

Am 6. Februar 1885 wurde Pat. in die medicinische Klinik aufgenommen.

Es fand sich ein oberflächliches Geschwür mit schlaffen Granulationen von blassröthlicher Farbe, welches fast garnicht secernirte und vollkommen schmerzlos war. Fortgesetzte Aetzungen mit Arg. nitric. blieben erfolglos. Nach 3 Wochen wurde Patient aus der therapeutischen Klinik entlassen und will schon damals einen schwarzen Fleck in der Wunde bemerkt haben, der sich in der Folge zusehends vergrösserte, was Patienten veranlasste, sich am 2. Sept. in die chirurgische Klinik aufnehmen zu lassen.

Status präsens. Gesund aussehender, kräftig gebauter Mann. An der Ferse des rechten Fusses ein kreisrundes Geschwür von 7 Mm. Durchmesser, mit scharfen Rändern, dunkel-grauröthlichem, fast schwarzem Boden, auf dem hier und da Epidermisinseln (?) zu bemerken sind.

Ueber die Fläche des Geschwürs, das wie mit Kohlenstaub besprengt erscheint, zieht sich ein fibröser Belag, nach dessen Entfernung die Geschwürsfläche beträchtlich blutet. Nach einer Seite hin ziehen sich dunkel gefärbte Fortsätze unter die Haut der Umgebung. Diagnose: Melanotisches Sarcom.

Operation den 7. Sept. (Prof. v. W a h l). E s m a r c h-sche Blutleere, Schnitt typisch nach M i k u l i c z. 2 Knochennähte, 4 Drains. Keine Matratzennähte durch die dorsale Falte. Jodoform-Sublimatgaze-Verband. 8., 11., 12., 15. Verbandwechsel. Am 16. ein kleiner Abscess an den Peronäi eröffnet. Täglicher Verbandwechsel. Draineiterung. Die Temperatur bewegt sich dabei um 39. Am 27. sämmtliche Nähte entfernt. Drainstellen und die Stelle des Abscesses granuliren gut. Secret mässig.

17. Oct. Wunde vollkommen verheilt. Gehversuche können mit Krücken schmerzlos ausgeführt werden. Im Gypsverband entlassen.

Am 12. November macht Pat. sich wieder vorstellig mit einem mandelgrossen schwarzpigmentirten Tumor im subcutanen Zellgewebe der Kniekehle: Exstirpation, Naht, Drain.

19. Nov. Prima Intentio.

26. Nov. Exstirpation eines linsengrossen Recidivs am medialen Fussrande in der Operationsnarbe.

3. Dec. wird Pat. vollkommen geheilt entlassen: feste Consolidation. Pat. geht ohne jede Prothese und ohne Verband mit dem Stock.

Alle Tumoren erwiesen sich als melanotische Sarcome.

Fall 3. Andreas Pelp, 25 a. n., aufgen. den 7. Jan., entl. den 3. April 1887, leidet seit 6 Jahren beständig an Husten. Im September 1885 bemerkte er am linken Fusse eine schmerzhafte Schwellung, die allmälig zunahm. Im August 1886 bildete sich an der inneren Seite des Fusses eine Fistel, die Eiter secernirte. Die Schmerzen machten den Gebrauch der kranken Extremität unmöglich.

Stat. präs. Pat. ist von mittlerem Wuchse und recht reducirtem Habitus. Linke Extremität beträchtlich abgemagert; der Fuss hängt in Plantarflexion schlaff herab, die Gruben an den Malleolen sind verstrichen. Am Malleol. medialis eine Fistelöffnung, die zwischen Tendo Achillis und Artic. tibiotarsalis führt. Palpation ergiebt teigige Beschaffenheit der

Schwellung und Schmerzpuncte am Sinus tarsi und am Calcaneus.

Diagnose: Fungus tarsi.

I. Operation 31. Jan. Ausschabung von der Fistelöffnung aus. 5 Ctm. lange Contraapertur auf den Sinus tarsi in der Längsachse des Fusses. Evidement fast des ganzen Talus und eines Theiles der Tibiagelenkfläche.

Ein durchgeführtes Drainrohr sichert den Abfluss. Jodoform-Sublimatgaze-Verband. Häufige Verbandwechsel. Am 12. bildet sich eine neue Fistel am Malleol. lateralis, die ebenfalls ausgeschabt wurde. Am 27. Evidement wiederholt.

Am 7. März. Operation nach Wlad.-Mikul (Prof. v. Wahl). Unter Blutleere typische Schnittführung, wodurch die Incision am Sinus tarsi in der Brücke bleibt. Evidement einiger weiterer Fistelgänge nach dem Vorderfusse (Os cuboid. und navicul.). Tenotomie der Flexoren. 2 Drains. Jodoform-Sublimatgaze-Eisenbandschienen-Verband.

Es finden sich käsige Herde in den Gelenkenden der Unterschenkelknochen. Zerstörung des Talus und des vorderen Abschnittes des Calcaneus, nur das Sustentaculum tali ist erhalten.

Am 12. Entfernung der Drains. 17. Entfernung der Nähte.

20. März-Gypsverband. Am 25. Gehversuche. Am 27. Stützapparat. Da Pat. erklärt mit dem Stützapparat nicht gehen zu können, wird er am 3. April mit Eisenschienen-Gypsverband und 2 Krücken entlassen.

Die abendlichen Temperaturen vor der Operation schwanken zwischen 37,1 und 39. Nach der Operation höchste Temperatur 38,5. Allmäliger Abfall.

Pat. war bis zu seiner Entlassung durch die lange Eiterung vor der Operation beträchtlich erschöpft und abgemagert. Anfang Juni macht Pat. sich wieder in der Klinik vorstellig und hat sich so erholt, dass er kaum wiederzuerkennen ist. Geht mit Gypsverband, Krücke und Stock. Wunde verheilt bis auf 2 Fistelgänge an den Drainstellen. Consolidation noch nicht vollständig.

Laut schriftlicher Meldung vom 24. Oct. sind die Wunden vollkommen verheilt und kann Pat. mit einer Krücke gehen. Das Allgemeinbefinden ist gut.

Im «Wratsch» 1886, № 41 zählt Matwejew 27 Fälle von Operationen nach Wladimirow-Mikulicz auf. Rechnen wir hinzu einen Fall von Fenger (Fungus. Centrbl. 87, № 23), zwei von Helferich (Fungus. Cohnstädt, Inaug.-Dissert. Greifswald 87, ref. Centralbl. 1887, № 39) und unsere 3 Fälle, so erhalten wir im Ganzen 33 Fälle, welche sich, wenn wir uns der Eintheilung Matwejew's anschliessen, folgendermaassen vertheilen:

1. Cariöse Processe	25 Fälle
2. Neubildungen	3 »
3. Traumatische Zerstörung der Ferse	3 »
4. Ulcerative Processe nicht tuberculöser Natur	2 »
	33 Fälle.

Kategorie 2, 3, 4 sind bis auf einen Fall, dessen Resultat nicht bekannt ist, sämmtlich mit guter Function ausgeheilt.

Von den wegen Tuberculose operirten sind als vollkommen geheilt zu bezeichnen	11
Nur mit einer Prothese können gehen	6
Amputirt wurden nachträglich	5
Gestorben an allgemeiner Tuberculose	2
Noch ausstehende Heilungen (Cohnstädt)	1
	25

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über die Schienung der operirten Extremität. Da es durchaus wünschenswerth ist, die zum Auftreten nothwendige dorsale Flexion der Zehen gleich von vorneherein zu sichern, so haben wir in allen Fällen über den antiseptischen Verband zwei mit Filz unterpolsterte Eisenbandschienen applicirt (etwa 50 Ctm. lang, 5 breit und 0,3 Ctm. dick), die, den Zehen genau in der gewünschten Stellung adaptirt, dieselben zwischen sich fassen und den Fuss am Unterschenkel sicher fixiren. Dieselben Schienen lassen sich später in den Gypsverband einschalten und geben demselben grössere Festigkeit. Mit diesem Verbande haben wir unsere Patienten schon nach Ablauf von 14 Tagen aufstehen und umhergehen lassen, was für die Aufbesserung des Allgemeinbefindens natürlich von grosser Bedeutung ist.

II. Eine Cyste der Zunge.

In Nachstehendem erlaube ich mir einen Fall von einer Cyste des Zungenrückens, den ich in den Sommerferien 1887 hierselbst beobachtete, zu veröffentlichen, der als ein Unicum zu bezeichnen ist, es sei denn, dass ähnliche Publicationen, vielleicht wegen der schweren Erklärbarkeit des Vorkommens von Cysten am vorderen Theil des Zungenrückens und wegen des immerhin geringen klinischen Interesses, bisher zurückgehalten worden sind. In diesem Falle dürfte *eine* Veröffentlichung vielleicht weitere im Gefolge haben und so zur Klärung der Aetiologie dieser Erkrankungsform beitragen.

Herr Julius E., 50 J. a., giebt an seit dem Nov. 1886 eine Schwellung der Zunge bemerkt zu haben, die in Intervallen, ohne Schmerzen zu verursachen, zunahm und in letzter Zeit so beträchtlich geworden sei, dass sie eine wesentlichere Sprachstörung bedingte und Pat. hinderte feste Speisen zu geniessen. Ausserdem hatte sich an einer Stelle eine schwärzliche Verfärbung der Oberfläche gezeigt, die Pat. zu dem Glauben brachte, es handele sich um Krebs. Pat. hat die Gewohnheit sich den Zungenbeleg mit einem stumpfen Messer abzuschaben.

Status präsens. Patient spricht lallend. Auf dem Zungenrücken wölbt sich, vollkommen symmetrisch in Gestalt und Grösse eines halben Hühnereies ein von unveränderter Schleimhaut überkleideter Tumor vor, der rings in der Breite von ca. 1½ Ctm. den unveränderten Zungenrand frei lässt und hinten nicht ganz bis zu den Papillae vallatae reicht. Nirgends abnorme Farbenveränderungen zu bemerken. Nur auf der linken Zungenhälfte 2 Fingerbreit vor den Pap. vallat. findet sich eine ca. 20-kopekenstückgrosse schwarzbraun verfärbte Stelle, die pallisadenartige Excrescenzen erkennen lässt. Zungenboden, sowie die ganze übrige Schleimhaut des Mundes zeigt keinerlei abnorme Veränderungen.

Die Palpation erweist exquisite Fluctuation in dem Tumor. Die Welle derselben lässt sich nur im Bereich des Tumors, nicht nach dem Mundboden oder durch die Substanz der Zunge nach der Basis derselben verfolgen.

Die pallisadenartigen Excrescenzen lassen sich mit dem Spatel ohne weiteres entfernen, ohne dass ein Defect zurückbleibt. Sie erweisen sich als gewucherte und verhornte Pap. fili- und fungiformes (mikroskopisch bestätigt).

Die Consistenz, Dauer und Schmerzlosigkeit, sowie die exquisit regelmässige, symmetrische Gestaltung machten das Vorhandensein einer Cyste unzweifelhaft.

Um den Inhalt möglichst rein zu erhalten, aspirirte ich ihn mit der Pravaz'schen Spritze und erhielt 30 Ccm. einer milchig getrübten, leicht opalisirenden Flüssigkeit.

Eine Incision von ca. 1½ Ctm. Länge entleerte noch einige Ccm. derselben Flüssigkeit. Der in die Cyste eingeführte Finger constatirte gleichmässige glatte Wandungen und palpirte deutlich die plane sich contrahirende Musculatur am Boden der Cyste. In sagittaler Richtung verläuft eine deutliche Furche — das Septum linguae. Die deckende Wand der Cyste wird durch die Schleimhaut und Submucosa in einer Dicke von ca. 2 Mm. gebildet.

Ausschabung mit dem scharfen Löffel entleert nichts.

Ausspülung mit Thymol. Ein eingelegtes Drainrohr verhindert das Aneinanderlegen der Wundränder und sichert den Abfluss der Secrete.

Von einer Injection irgend einer reizenden Flüssigkeit stand ich ab, da ich Pat. nicht ständig unter Augen haben konnte.

Abends stieg die Temperatur auf 38 und stellte sich eine ziemlich beträchtliche Schwellung ein, die nach Behandlung mit Eis abfiel.

Weiterhin reactionsloser Verlauf. Die Cystenwände legen sich glatt an einander. Aus dem Drain entleeren sich minimale Spuren leicht eitrig getrübten Secretes.

Nach 8 Tagen Entfernung des Drains. Nach weiteren 8 Tagen stellt sich Pat. vollkommen geheilt vor: Sprache unbehindert, die Gestalt der Zunge unterscheidet sich in nichts von einer normalen. Die kleine Narbe kaum zu bemerken.

Bis dato ist kein Recidiv erfolgt.

Die mikroskopische Untersuchung des Cysteninhaltes ergab: Schleimkörperchen von wechselnder Grösse, von den kleinsten bis zu grossen Schleimkugeln.

Die chemische Analyse war Prof. Carl Schmidt so liebenswürdig persönlich auszuführen, wofür ich ihm hier meinen verbindlichsten Dank ausspreche. Sie ergab:

«Dickliche fadenziehende, farblose, opalisirende Schleimmasse, alkalisch, bei 37° Stärkekleister nicht verändernd; *kein Speicheldrüsensecret.*

Mit Essigsäure angesäuert und gekocht, giebt sie keine Coagulation, wird nur etwas dicker, gallertig. Ebensowenig giebt Salpetersäurezusatz Coagulation oder Flockenniederschlag.

Durch Fliesspapier, selbst bei starker Verdünnung mit Wasser nicht filtrirbar.

Durch Alcohol vollständig zu dicken Schleimfäden coagulirend.

Mit Wasser verdünnt, durch Essigsäure und Ferrocyankalium keine Flockenfällung, nur wird die Masse gelatinöser, dicklicher.

Diese Qualitäten charakterisiren die Substanz als Mucin.

Quantitative Analyse:

In 100 Theilen:

95,396 Wasser

3,946 Mucin und organische Stoffe

0,658 mineralische Bestandtheile.

Für weitere Analysen war die Quantität zu klein».

So wenig klinisches Interesse dieser Fall auch beansprucht, so sehr verdient er ein solches in patholog.-anatomischer Hinsicht. Denn erstens sind in der Literatur nirgends Angaben über auch nur ähnliche Bildungen zu finden.

Zweitens ist nach Henle (Handbuch der systematischen Anatomie, pag. 129 und 133. 1886) gerade die Partie des Zungenrückens, die von Papillae fili- und fungiformes besetzt ist, bar aller drüsigen Apparate. Und gerade in diesem Theil liegt die beobachtete Schleimcyste und zwar so genau, dass sogar der Rand, der noch hier und da Schleimdrüsen aufweist, präcise freigelassen wird, desgleichen die unten im Transversus vorkommenden Schleimdrüsen ausgeschlossen sind. Wäre der Tumor aus einem Fortsatz des Foramen coecum entstanden, so müsste die Cyste mehr nach hinten liegen. Doch kann der Fortsatz des For. coecum auch weiter nach vorne reichen; dann theilt er sich jedoch gablig und kann nimmer Veranlassung zur Bildung *einer* symmetrischen Cyste geben. Ausserdem sind diese Missbildungen am For. coecum verhältnissmässig häufig, müssten also auch häufiger die Bedingungen zur Entstehung solcher Cysten geben.

Es bleibt nichts übrig als eben keine besondere schon beobachtete anatomische Grundlage für Entstehung der Cyste verantwortlich zu machen, sondern anzunehmen, dass eine verirrte Schleimdrüse und accidentelle Reize hier in zufälliger Combination die Bedingungen zur Entstehung unserer Cyste gegeben haben.

Dorpat, November 1887.

Referate.

Gräber: Zur klinischen Diagnostik der Chlorose. Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden. (Therap. Monatsh. 10).

Verf. hat die in den neuesten Lehrbüchern aufgestellte Vermuthung, dass bei der Chlorose die wesentlichste Veränderung des Blutes in einer Oligochromämie, einer Verminderung des Hämoglobingehaltes bestehe, an 28 Chlorotischen in der v. Ziemssen'schen Klinik geprüft. Er benutzte hierbei das Thoma-Zeiss'sche Zählverfahren und die Vierordt'sche spectrophotometrische Methode, bestimmte den %gehalt der verschiedenen Leukocytenformen und prüfte bei 15 Kranken den Alkalescenzgrad des Blutes nach Landois. Seine Untersuchungen ergaben in allen 28 Fällen folgendes übereinstimmende Resultat:

Die Blutkörperchenzahl bewegt sich im Bereich des Normalen, während der Hämoglobingehalt sehr beträchtlich herabgesetzt ist; die Leukocyten zeigen in dieser Krankheit normales Verhalten, dagegen lassen die rothen Blutkörperchen in Form und Grösse mehr oder weniger ausgeprägte Alterationen erkennen.

Als Mittelwerthe fand Gr. folgende Zahlen: Anzahl pro Qmm. 4,482,000; Hämoglobingehalt 5,2%; durchschnittliche Grösse der rothen Blutkörperchen 7,5μ—5,0μ (Maximum 11,5μ, Minimum 5,0μ); die durchschnittliche Grösse gesunder rother Blutkörperchen beträgt 7,8—7,9μ, mithin sind diese bei Chlorotischen durchschnittlich um ein Geringes verkleinert.

Eine vergleichende Untersuchung an 22 Nichtchlorotischen ergab, dass die der Chlorose eigenthümliche Abnormität der Blutbeschaffenheit bei keiner anderen Erkrankung des Blutes vorkommt und dass die Chlorose unter schwächenden Einflüssen in Anämie übergehen kann; Vf. fand, als Illustration für seine Behauptung, dass bei einer 3 Jahre alten Chlorose, von welcher die anämisirenden Einflüsse ferngehalten wurden, keine Oligocythämie eingetreten war, wodurch der Satz, dass bei der Chlorose die Zahl der Blutkörperchen sich vermindere, hinfällig wird.

Hinsichtlich der *Therapie* der Chlorose bemerkt Verf., dass diese von der der Anämie (Oligocythämie und Hydrämie) abweicht, indem diätetische Maassregeln und kleine Eisendosen ohne Erfolg bleiben, während grosse Gaben von Martialien rasch bessern; Verf. braucht nur Blaud'sche Pillen. In allen Fällen blieb während der Behandlung die Blutkörperchenzahl gleich, nur der Hämoglobingehalt stieg und fiel. Der Umstand aber, dass der Farbstoffgehalt des Blutes nie seinen vollen Normalwerth erreicht, lässt Verf. an der Heilbarkeit der Chlorose zweifeln.

Ausserdem fand Gr. eine stärkere Alkalescenz des Blutes Chlorotischer, während bei Anämischen das Blut schwächer alkalisch, als normal, ist. Auf Grund der Untersuchungen von Meyer und Kobert, welche auf dem indirecten Wege der Kohlensäurebestimmung in Folge acuter und chronischer Eisenvergiftung Abnahme der Alkalescenz nachwiesen, spricht Verf. die Vermuthung aus, dass *die therapeutische Wirksamkeit des Eisens bei der Chlorose eine alkalientziehende Bedeutung* habe; auch erkläre sich der Erfolg der Säuredarreichung bei der Chlorose hierdurch in ungezwungner Weise.

Verf. resümirt die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermaassen:

Die *Chlorose* ist eine reine Krankheit des Blutes; sie erweist sich durch den übernormalen Alkalescenzgrad desselben, als eine chemische Störung des Plasma, welche mit Alterationen der Form, Grösse und Färbekraft der rothen Blutkörperchen einhergeht. Ihre Diagnose ist bedingt durch

1) gesteigerte Alkalescenz des Blutes,
2) normale Blutkörperchenzahl bei vermindertem Hämoglobingehalt,
3) normales Verhalten der Leukocyten.

Eine ausführliche Arbeit über diesen Gegenstand wird nächstens erscheinen. Hz.

H. Eisenhart: Antifebrin als Antirheumaticum. (Münch. med. Wochensch. № 24).

Die Beobachtungen sind im Münchener Krankenhause gemacht worden an 34 Kranken, von denen 20 zum ersten, 8 zum zweiten Male und sechs noch öfter von der Krankheit befallen waren. Von ihnen zeigten beim Eintritt 21 afebrile Temperaturen, 8 hatten Temperaturen bis zu 39°, fünf solche von über 39—40°; 17 zeigten schon beim Eintritt deutliche Erscheinungen von Seiten des Herzens, 20 mehr oder minder starke Schwellung eines Gelenkes, 6 periarticuläres Oedem, 8 keine nachweisliche Veränderung an den Gelenken. In 5 Fällen blieb Antifebrin wirkungslos, in dreien von diesen half Natr. salicyl., in den beiden anderen blieb auch dieses erfolglos. Viermal traten noch im Hospitale Recidive auf, die aber schliesslich auch durch Antifebrin beseitigt wurden. In allen übrigen Fällen schwanden die Schmerzen und das Fieber schon nach den ersten Gaben, die Gelenkschwellung verlor sich und die Heilung trat am 3.—6. Tage ein. Von den 17 ohne Herzaffection eingetretenen Kranken blieben 13 frei von einer solchen, drei erkrankten aber daran noch während des Aufenthalts im Hospital. Die Anwendung geschah in der Art dass 6—8 mal täglich Dosen von 0,25 gegeben wurden, etwa drei Tage lang, dann wurde das Mittel probeweise für einen Tag ausgesetzt und dann noch prophylaktisch durch einige Tage in kleiner Dosis (1 Grm. täglich) fortgegeben. In einigen Fällen genügen diese kleinen Dosen nicht; dann sind 3—6 mal täglich zu 0,5 gegeben worden. Eine weitere Steigerung hält Verf. nicht für räthlich, einerseits weil in Fällen, welche auf die angegebenen Dosen nicht reagiren, auch grössere nichts nützen, andererseits weil bei noch grösseren Dosen leicht unangenehme Nebenwirkungen eintreten, namentlich eine recht unheimlich aussehende Cyanose.



Die auftretenden Schweisse pflegen nicht sehr stark zu sein, werden in einzelnen Fällen aber doch profus. Einmal ist ein eigenthümliches masernähnliches Exanthem beobachtet worden, welches aber das Gesicht frei liess, nach 3 Tagen schwand und von leichter kleienförmiger Abschuppung gefolgt war. Der Harn zeigte nur in 3 Fällen eine deutliche Zunahme; in 1/5 der Fälle hatte er eine hellmoosgrüne Färbung, zwischen Icterus- und Carbolharn die Mitte haltend, bisweilen fand man eine röthliche Nuancirung, einmal eine dunkelrothbraune Färbung. —t.

Hérard: Ueber Fluorwasserstoffsäure bei Behandlung der Phthise. (Sitzung vom 22. November der Académie de Médecine — nach Sem. med. 87/47, pag. 473).

H. berichtet über die Arbeiten von Seiler und Garcin über diese Frage. Die Anwendung der Fluorwasserstoffsäure datire erst seit ein paar Jahren, da man ihre Giftigkeit fürchtete, doch spräche dagegen das Wohlbefinden, besonders lungenkranker Arbeiter der Krystallfabriken von Baccarat und Saint-Louis.

Auf Grundlage dieser Beobachtung versuchten Bastien 1882, dann 1886 Charcot und Bouchard (in der Salpêtrière) die Phthise mit der Säure zu behandeln, jedoch mit wenig Erfolg, wahrscheinlich weil die Art der Anwendung unvollkommen gewesen sei.

Seiler habe neuerdings bessere Resultate erzielt und die von Garcin seien noch viel befriedigender.

Nach Dujardin-Beaumetz's und Chéry's Untersuchungen sei die antifermentative und antiputride Eigenschaft der Fluorwasserstoffsäure festgestellt, ebenso durch H. Martin ihre antibacilläre Natur.

Die Anwendung sei verschieden. Henri Bergeron lasse Dämpfe von Fluorwasserstoffsäure in statu nascendi vom Kranken, der sehr nahe beim Gefässe, wo sie entwickelt würden, sitze, direct einathmen in einem geschlossenen Zimmer. Dujardin-Beaumetz lasse ein kleines hölzernes (Schilder)-Häuschen, in welchem der Kranke sitzt, mit dem Gase anfüllen. Seiler benutze einen Gutta-percha-inhalator. Die beste Methode sei, in eine ad hoc errichtete Kammer eine Luft streichen zu lassen, die durch eine Fluorwasserstofflösung (Ac. fluorhydric. 150 Grm. Aq. 300 Grm.) durchgeführt (barboté) worden ist. Die Kranken blieben eine Stunde in der Kammer, deren so zubereitete Luft alle ½ Stunden erneuert werde. Man könne auf diese Weise im Maximum 30 Liter von mit Fluorwasserstoff gesättigter Luft in einem Cubikmeter gewöhnlicher Luft dem Kranken zukommen lassen.

Der Effect der Behandlung sei Rückkehr des Appetits, Aufhören der Schweisse, Verschwinden von Uebelkeit und Diarrhoeen, Verringerung und später sogar Schwinden des Fiebers, ebenso Verringerung der Dyspnoe und des Hustens, — Haemoptoe wurde nicht hervorgerufen, — Abnahme der Zahl der Bacillen. Die besten Resultate seien in den frischeren Formen zu erzielen. N.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

J. Rabel (Bad Hall): Ueber Lues congenita tarda. Leipzig und Wien 1887. Toeplitz & Deuticke.

R. ist Vertreter folgender Hypothese: Das syphilitische Virus — Mikrobe oder Zelle — verursacht an der Invasionsstelle eine eigenartige geweblichc Reaction, den Primäraffect, gelangt dann in den Lymphstrom und das Blut und bleibt, wo es einen geeigneten Boden findet, haften; vervielfältigt sich und führt zu den secundären Erscheinungen. Nun kann, sei es nach antisyphilitischen Curen, sei es in Folge natürlicher Degeneration, das Virus zu Grunde gehen oder es bleiben lebensfähige Keime des Contagiums so geartet oder so von lebendigem Gewebe eingeschlossen, dass sie zwar nicht vernichtet, aber an ihrer Vermehrung und Ausbreitung gehindert werden, bis sie durch irgend einen Zufall oder die Vorgänge des Stoffwechsels oder ihre eigene Lebensenergie dann wieder frei geworden, auf geeignetem Boden zu einem Recidive sich entwickeln. Ist seit der secundären Periode, mit oder ohne antisyphilitische Curen, eine geraume Zeit verflossen, so ist die noch vorhandene Generation des luetischen Contagiums viel weniger massenhaft, ist in ihren Lebensverhältnissen verändert (nicht mehr ansteckend) und kommt nur mehr in bestimmten Geweben zur Wirksamkeit, deren Reactionsäusserungen die tertiären Krankheitsformen sind. Ist z. B. der Vater die Quelle der kindlichen Erkrankung, so kann entsprechend obiger These — die väterliche Lues noch lebhaft im Körper verbreitet oder noch latent, aber bereits wieder in Vermehrung begriffen sein, und wird nun in grösserer Menge und Intensität auf den Keim übertragen. Die Frucht hält diesen Angriff nicht aus — Abort, oder es wird ein Kind mit allen Zeichen congenitaler Lues geboren. Oder: Die Lues des Vaters war vollständig latent und bei der Zeugung wurden nur minimale Mengen eines abgeschwächten Contagiums übertragen, die dann im kindlichen Organismus nicht zu Grunde gehen, irgend wo bestehen bleiben, aber erst später die Bedingungen zur Vermehrung und zur Erzeugung jener Vorgänge finden, die später als Lues congenita tarda uns begegnen. Endlich: das auf das Kind übertragene Contagium gelangt überhaupt niemals mehr zur vollen Entwickelung und keine bestimmten luetischen Vorgänge, sondern nur eine allgemeine Kachexie oder Schwächlichkeit und die Disposition zur Scrophulose, Tuberculose und Rhachitis ist die Folge. Nach R. giebt es Gewebsveränderungen bestimmter Organe, die der Scrophulose und der Lues congenita gemeinsam sind — utraquistische Formen. Hierher vor Allem die Keratitis parenchymatosa.

An der Hand langjähriger, in grosser Praxis gewonnener Erfahrung, sowie gestützt auf 127 Fälle sicher constantirter congenitaler Lues unternimmt es Verf. folgende Fragen zu beantworten:

I. Giebt es eine Lues congenita tarda und von welchem Zeitpuncte des Lebens an dürfen wir die Lues congenita als tarda bezeichnen?

II. In welcher Weise kommt die Lues congenita tarda zur Erscheinung?

III. Hat das Geschlecht des syphilitischen Elterntheils einen Einfluss auf die Zahl und die Form der Fälle?

IV. Hat die angeborene Spätsyphilis der Eltern noch einen Einfluss und welchen auf deren Kinder?

V. Schützt Lues congenita tarda vor syphilitischer Neuansteckung?

Die erste Frage ist zu bejahen und zwar: treten die *ersten* Zeichen angeborener Lues erst nach Vollendung des ersten Lebensjahres auf, so ist von Lues congenita tarda sensu strictiori zu sprechen, sensu latiori ist aber jede Erscheinungsform der angeborenen Lues, welche nach dem ersten Lebensjahre auftritt, als Lues congenita tarda zu bezeichnen.

Die zweite Frage anlangend folgende Tabelle:

E lue congenita tarda wurden beobachtet:

Knochen- und Gelenkleiden	in	51,18%	sämmtl. Fälle
Augenleiden	„	40,98%	„ „
Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden .	„	38,58%	„ „
Gummata und Geschwüre	„	15,74%	„ „
Drüsenleiden	„	5,51%	„ „
Viscerallues	„	7,08%	„ „
Leiden des Gehörorganes	„	6,30%	„ „

Am häufigsten combiniren sich Knochen- mit Augenleiden. Unter den Augenleiden prävalirt die Keratitis parenchymatosa: Mit 88,46%. Sie ist eine Aeusserung der Syphilis, welche vorwiegend der angeborenen Lues zukommt. R. kennt nur 3 Fälle von Keratitis parench. bei erworbener Lues. Aber auch bei reiner Scrophulose kommt Ker. parench. häufig vor; R. hält sie daher für eine utraquistische Krankheitsform. Als die Zeit des Erscheinens der ersten Symptome der angeborenen Spätsyphilis wird von den Autoren die Pubertätszeit allgemein angegeben. R. findet, dass die ganze Zeit von der zweiten Dentition bis zum Schlusse der Geschlechtsreifung der Entwickelung der Lues congenita tarda günstig ist.

Für sämmtliche Erkrankungsfälle und beide Geschlechter liegt der Culminationspunct mit 10% im 12. Lebensjahre.

Für das weibliche Geschlecht allein enthalten die Jahre 12 bis incl. 16 — 37,6%. Es können viele Jahre nach der Infection vergehen, gesunde und gesundbleibende Kinder geboren werden, und dann an einem der jüngeren Lues congenita tarda zum Vorschein kommen.

Die dritte Frage bleibt unentschieden.

Die vierte Frage wird bejaht.

Ad p. 5 lautet die Antwort «nein».

Was die *Prophylaxe* der Lues cong. tarda betrifft, so tritt auch R. warm für eine intermittirende Behandlung während der Latenzperiode ein. Probecuren, um latente Lues wiederum zu wecken und dann erst zu behandeln, werden verdammt. Die *Therapie* verlangt vor Allem möglichst günstige Lebensverhältnisse. Für leichtere Formen genüge die Jodbehandlung oder eine Haller Cur. Bei schweren Formen zunächst energisch Jod — wenn nöthig, mit Zusatz von Belladonna — und dann Schmiercur, oder Schmiercur in Verbindung mit Haller Trink- und Badecur. Tinct. Fowleri leistet als Unterstützungscur bisweilen ausgezeichnete Dienste. G—n.

Vermischtes.

— *Ordensverleihungen.* Den *St. Annen-Orden I. Classe*: den wirkl. Staatsräthen: dem Prof. emer. der ehemaligen medico-chirurgischen Academie Dr. Kulakowski; dem Curator des westsibirischen Lehrbezirks, Dr. med. Florinski; dem Director und Oberarzt des Nikolai-Kinderhospitals zu St. Petersburg, Dr. Tomaschewski.

Den *St. Stanislaus-Orden I. Classe*: dem ord. Professor der pathologischen Anatomie an der Moskauer Universität wirkl. Staatsrath Klein.

Den *St. Wladimir-Orden III. Classe*: dem früheren Oberarzt des Bakuschen Marinehospitals Raptschinski.

— *Befördert. Zum Geheimrath*: der Director des Katharinen-Kinderasyls in St. Petersburg Dr. Kanzler. *Zum wirklichen Staatsrath*: Der Flaggmann-Doctor der baltischen Flotte Dr. Nowik; die älteren Ordinatoren am hiesigen Nikolai-Kinderhospital, Dr. Severin und Dr. Reimer.

— Der Verwaltungsrath der «Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. Pirogow» hat beschlossen, den anfänglich auf den April-Monat 1888 angesetzten *III. Congress der Aerzte in St. Petersburg auf den 2. Januar 1889 zu verlegen.* Der Grund für diesen Aufschub des Congresses ist bis jetzt nicht mitgetheilt worden.

— Die Poltawasche Gouvernements-Landschafts-Versammlung hat der mittellosen Familie des in Krementschug an Flecktyphus verstorbenen Landschaftsarztes Dr. Shabotinski (cfr. Jahrg. 1887 S. 426) eine jährliche Pension im Betrage von 500 Rbl. ausgesetzt, welche bis zur Volljährigkeit des jüngsten Kindes gezahlt werden soll.

— Die *Gesellschaft zur Beförderung des Gewerbefleisses in Moskau beabsichtigt* zu ihrem *25jährigen Jubiläum eine Ausstellung* zu veranstalten, welche vom 15. März bis 1. Mai 1888 dauern soll. Die Organisation der Abtheilung für Hülfeleistung bei Unheilbaren, Verwundeten, Verstümmelten und der Abtheilung für erste Hülfeleistung bei Unglücksfällen hat Prof. Sklifossowski übernommen, die Abtheilung für Schulhygiene Prof. Erismann und die Abtheilung für Gymnastik und Massage Dr. N. Hagmann.

— In der letzten *Generalversammlung der Mitglieder der medicinischen Hauptunterstützungscasse* wurden die der Reihenfolge nach ausscheidenden Comitéglieder und zwar der Präsident Dr. N. E. Mamonow und der Vicepräsident Dr. A. Batalin per acclamationem wiedergewählt. Ferner waren Dr. F. Stark und Dr. N. J. Tschistowitsch (ein Sohn des Gründers der Casse) um Entbindung von ihren Pflichten als Comitéglieder der Casse eingekommen und zwar ersterer in Folge zerrütteter Gesundheit und letzterer in Folge Abcommandirung in's Ausland. Die Versammlung beschloss Dr. Stark ihren Dank auszusprechen für seine Verdienste um die Casse seit ihrer Gründung als nächster und thätigster Gehilfe des verstorbenen Präsidenten Dr. J. A. Tschistowitsch, wobei er während 15 Jahren die sehr beschwerlichen Functionen eines Secretairen der Hauptcasse ausgeübt, in den letzten Jahren aber beständig als Comitéglied fungirt hat. Die Glieder des Comité's beschlossen ihrerseits als Zeichen ihrer Verehrung Dr. Stark ein Album mit den Photographien aller gewesenen und gegenwärtigen Comitéglieder darzubringen. An Stelle der ausscheidenden Comitéglieder Stark und Tschistowitsch wurden Dr. S. S. Botkin und Dr. J. A. Werewkin gewählt. Die Versammlung beschloss ferner auf Vorschlag des Vorsitzenden, bei der Unterstützungscasse *versuchsweise eine besondere selbständige Abtheilung für weibliche Aerzte* zu errichten. (Wratsch).

— *Verstorben*: 1) In Nikolajew (Gouv. Chersson) der dortige junge Arzt M. Chochrjakow an der Schwindsucht. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung auf der St. Petersburger militär-medicinischen Academie erhalten. 2) In Padua der hervorragende Chirurg, Prof. Vanzetti, Director der dortigen chirurgischen Universitätsklinik, im 79. Lebensjahre. 3) In Paris der Redacteur der «Annales médico-psychologiques», Dr. Foville.

— Zu Anfang dieses Monats beging der Director der medicinischen Klinik in Leipzig, Prof. Dr. Ernst Wagner, sein *25jähriges Jubiläum* als *Professor ordinarius*. W., der früher den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie inne hatte und gleichzeitig die Poliklinik leitete, übernahm nach Wunderlich's Tode (1877) die Direction der med. Klinik.

— In Tübingen feierte der Professor der pathologischen Anatomie Dr. Zenker ebenfalls sein *25jähriges Professorenjubiläum*. (A. m. C.-Ztg.)

— Pasteur ist wegen seines angegriffenen Gesundheitszustandes von dem Amte eines ständigen Secretären der Pariser Academie der Wissenschaften zurückgetreten.

— Die *Turiner Academie der Wissenschaften* hat Pasteur den *grossen Preis Bressa* im Betrage von 12,000 Frcs. *zuerkannt*.

— Die von Dr. Domingos Freire in Mexico geübten *Schutzimpfungen gegen das gelbe Fieber* bieten, wie er jetzt selbst zugiebt, keinen absoluten Schutz wider diese Krankheit, sollen aber doch einen milderen Verlauf derselben bewirken. Während von 100 Nichtgeimpften einer verstarb, soll bei Geimpften nur ein Todesfall auf 1000 kommen. Dagegen erklärt Dr. Roure, der nach Brasilien gegangen war, um das Verfahren Dr. Freire's kennen zu lernen, geradezu, dass sich dasselbe nicht bewährt habe.

— Die neue psychiatrische Klinik in Moskau ist am 1. November feierlich eröffnet worden.

— Bei der Universität von Upsala bestehen Kronsarbeitssäle für den Unterricht der Studenten aller Facultäten in verschiedenen Handwerken, wie Tischlerei, Drechslerei und Holzschnitzerei. Die Studenten beschäftigen sich in ihrer freien Zeit und bezahlen für 6 Stunden 4 Kronen (circa 1 Rbl. 30 Kop.); im vorigen Wintersemester arbeiteten 123 Studenten. (Med. Obsr. № 20). Hz.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 3. Januar a. c. 5768 (216 mehr als in der Vorwoche). darunter 625 Typhus- (49 mehr), 704 Syphilis- (20 mehr), 52 Scharlach- (1 mehr) und 3 Pockenkranke (2 mehr als in der Vorwoche).

— Durch Bundesrathsbeschluss vom 24. October 1874 ist eine periodisch zu wiederholende *statistische Erhebung über das Heilpersonal* in den einzelnen Staaten des Deutschen Reiches angeordnet worden. Eine solche fand das erste Mal nach dem Stande vom 1. April 1876 statt und am *1. April d. J.* erfolgte die Wiederholung derselben. Aus dem für *Preussen* abgeschlossenen Ergebnisse dieser Erhebung entnehmen wir der „Allgem. medic. Central-Ztg.", dass die *Zahl der approbirten Aerzte* von 7956 im Jahre 1876 auf 9284 im Jahre 1887 gestiegen ist, wobei von der letzten Erhebung instructionsmässig alle diejenigen Aerzte ausgeschlossen wurden, welche die ärztliche Praxis nicht ausüben, daher auch diesmal alle Aerzte, welche als Ministerialbeamte, als Directoren und Assistenten der anatomischen und ähnlicher Institute nicht gezählt wurden. Diese Beschränkung beeinträchtigt aber bei der Kleinheit der bezüglichen Zahlen (wenig über 100 Personen) eine Vergleichung mit den Ergebnissen der früheren Zählung nicht. Die Zahl der Aerzte hat gegen 1876 um 1328, also 16,7% die Bevölkerung dagegen nur um 11,2% zugenommen. Im Jahre 1876 kamen auf 10,000 Einwohner 3,10 Aerzte oder 1 Arzt auf 3229 Einwohner, im Jahre 1887 dagegen entfielen auf 10,000 Einwohner 3,28 Aerzte oder 1 Arzt auf 3054 Einwohner. In Berlin stieg die Zahl der Aerzte von 773 auf 1104, d. h. um 331, also 42,8%, während die Bevölkerung sich um 37,3% vermehrte. Wie in anderen Ländern, so hat auch in Preussen der Andrang der Aerzte nach den grossen Städten zugenommen, während für die Bevölkerung in den kleinen Städten und auf dem Lande die Beschaffung ärztlicher Hilfe immer schwieriger und kostspieliger geworden ist, denn von allen Aerzten in Preussen wohnten in den Gemeinden mit 5000 und weniger Einwohner im Jahre 1876 — 3201 = 40,2%, während am 1. April 1887 daselbst nur noch deren 3156 = 34,0% waren. Dagegen wurden in denjenigen Städten, welche über 5000—50,000 Einwohner hatten, 1876 — 2307 = 29,0%, 1887 — 3005 = 32,4% Aerzte gezählt; in Städten mit über 50,000—100,000 Einwohnern 1876 — 664 = 8,3%, 1887 — 792 = 8,5%; in Städten mit über 100,000—299,640 Einwohner 1876 — 1011 = 12,7%, 1887 aber 1227 = 13,2%. In Berlin (Stadtbezirk) befanden sich 1876 9,7%, 1887 aber 11,9% aller Aerzte des preuss. Staates. Am besten versorgt mit ärztlicher Hilfe erscheint demnach die Bevölkerung Berlins, wo 1 Arzt auf 1093 Einwohner oder auf 10,000 Einwohner 8,4 Aerzte kommen; am ungünstigsten erscheint die Lage der Bevölkerung im Regierungsbezirke Gumbinnen, wo trotz der Zunahme der Aerzte gegen 1876 (um 40,7%) noch im Jahre 1887 nur 1 Arzt auf 7376 Einwohner kam oder auf 10,000 Einwohner nur 1,4 Aerzte entfielen. Am günstigsten sind, abgesehen von Berlin, den Aerzten gegenüber in räumlicher Beziehung die Bevölkerung in den Regierungsbezirken Wiesbaden, Köln und Düsseldorf gestellt, wo auf je 100 Quadratkilometer (= nicht ganz 2 Quadratmeilen) 8, 9 und 10 Aerzte entfallen; am ungünstigsten in den Regierungsbezirken Gumbinnen, Köslin, Marienwerder und Lüneburg, wo 0,67 bis 1 Arzt auf 100 Quadratkilometer kommt.

— Die «Allg. med. C.-Ztg.» theilt einen Fall mit, in welchem in recht eigenthümlicher Weise ein Berliner *praktischer Arzt* zu einer *Anklage wegen Körperverletzung* gekommen ist: Zum Angeklagten kam eines Tages die Frau eines Arbeiters mit ihrem etwa 4jähr. Söhnchen, das der Arzt wegen eines unbedeutenden örtlichen Leidens untersuchen sollte. Das Kind schrie furchtbar, trotzdem es keine Schmerzen haben konnte; es zeigte sich höchst ungeberdig, so dass alle Bemühungen des Arztes, es zur Ruhe zu bringen, um die Untersuchung vornehmen zu können, vergeblich waren. Da riss ihm die Geduld, er hielt das Gebahren des Kleinen für Eigensinn und versetzte ihm mit der flachen Hand einige Schläge auf die Nates. Hierüber wurde die Mutter so böse, dass sie ohne Weiteres ihr Kind ergriff und damit zur Thür hinausrannte. Darauf stellte sie einen *Strafantrag* gegen den Arzt wegen *Körperverletzung*, in welchem sie den Hergang mit so dunklen Farben schilderte, dass die Staatsanwaltschaft sich verpflichtet hielt, dem Antrage Folge zu leisten. Der Angeklagte erklärte bei der Verhandlung der Sache, dass er sich für berechtigt gehalten habe, dem kleinen unbändigen Patienten im Interesse der Untersuchung eine so gelinde Züchtigung zu ertheilen, wie geschehen und er könne sich in dieser Beziehung auf viele berühmte Kinderärzte berufen, deren Grobheit sprichwörtlich gewesen wäre. Der Gerichtshof sprach denn auch den Arzt *frei*, in der Annahme, dass derselbe im *Interesse der Untersuchung* und in *guter Absicht gehandelt* habe.

Ein ähnlicher Fall kam im vorigen Jahre auch in St. Petersburg vor, nur dass die Klägerin nicht eine Arbeitersfrau, sondern eine Frau aus der besseren Gesellschaft, eine Officiersfrau, war. Der Process endete ebenfalls mit Freisprechung des angeklagten Arztes.

— Im Journal des sciences médicales de Lille ist die Tageszeit für 1000 Geburten angegeben. Am Tage (von 8 Uhr Morgens bis 8 Uhr Abends) fanden 450 Geburten (45%), in der Nacht 550 (55%) statt und zwar von 6—12 Uhr Mittags 239, von Mittag bis 6 Uhr p. m. 220, von 6 Uhr p. m. bis Mitternacht 272, von Mitternacht bis 6 Uhr Morgens 269 Geburten, also in der Nacht mehr als bei Tage. (Bullet. internat. des sciences médic. № 51). Hz.

— Gegen Leucoplasia buccalis (Schneidiger) 1,0 Papaïn auf āā 5,0 Glycerin und Wasser. (Bullet. internat. des sciences méd. № 51). Hz.

— Dr. Carl Pauli empfiehlt bei durch das höhere Alter bedingter Dysurie und Strangurie folgendes Mittel: Extr. Strychni spir. 0,5, Extr. liquir. q. s. ut. f. pill. № 50. Abends vor dem Schlafengehen 2 Pillen zu nehmen. (D. m. W. № 24, 1887). M. Schmidt.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 20. bis 26. Decbr. 1887.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
305	242	547	119	34	70	8	26	19	61	58	44	42	36	25	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 14,

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. L. v. HOLST, St. Petersburg. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten.

№ 3. St. Petersburg, 16. (28.) Januar 1888.

Psoriasis als eines der Symptome der Tabes dorsalis.

Aus der dermatologischen Klinik des Prof. Polotebnow.

Von

Privatdocent Dr. K. L. Ssirski,

Assistent der Klinik.

In seinen Untersuchungen über die Ursachen der Entwickelung von Psoriasis kommt Prof. Polotebnow zu dem Schlusse, dass dieses Leiden sich in directer Abhängigkeit von verschiedenen Erkrankungen des Nervensystems befindet [1]). Sowohl die subjectiven als auch die objectiven Erscheinungen seitens des Nervensystems der Psoriatiker tragen vorherrschend den Charakter von vasomotorischen Neurosen an sich. In einzelnen Fällen werden aber bei den Psoriatikern tiefere Nervenstörungen beobachtet, in Folge welcher sich neben der Psoriasis mehr oder weniger bedeutende trophische Störungen entwickeln. Derartige Fälle wurden bisher in der Klinik von Prof. Polotebnow ziemlich selten beobachtet. So sind in der Zahl von 68 Beobachtungen, welche Prof. Polotebnow in seiner Arbeit mittheilt, folgende angeführt: Muskelatrophie der rechten Unterextremität bei vollständigem Fehlen des Sehnenreflexes der Tendo Achillis und fibrillären Zuckungen der Muskeln derselben Extremität (Beob. XLI); atrophische Narben auf der Haut der Hinterbacken (wo niemals psoriatischer Ausschlag gewesen war) bei einem 26-jährigen Studenten (Beob. XLII); Veränderungen in den Gelenken und Atrophie der Knochen (Beob. IV und L, cf. die Zeichnungen 3—8 im Texte). Zu der Zahl solcher seltener Beobachtungen gehört auch der von uns zu beschreibende Fall von Psoriasis, zum ersten Mal bei einem Tabetiker beobachtet.

Patient, Officier ausser Diensten, N. F., 37 Jahre alt, trat in die Klinik am 8. März 1887 mit folgenden Erscheinungen: Der ganze Rumpf ist gleichmässig bedeckt mit Psoriasis-Ausschlag, welcher sich in der Grösse von Ps. punctata bis zur guttata präsentirt, mit einer grossen Anzahl weisser Schüppchen. Ganz der gleiche Ausschlag, nur etwas weniger reichlich, wird auf den Hinterbacken und auf der ganzen Oberfläche der oberen und unteren Extremitäten beobachtet, mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen. Nur wenig Ausschlag findet sich auf dem Scrotum, dem Präputium und der Glans penis. Auf den Extensionsseiten der Ellenbogengelenke bemerkt man einige zusammenfliessende Platten von Psor. nummularis. Im Bereiche des Ausschlages finden sich geringe Kratzverletzungen. Die Haut des Halses, des Gesichts, des behaarten Kopfes zeigt keinerlei Veränderungen.

Anamnesis: Aus dem äusserst verworrenen und unklaren Bericht des Kranken konnte man entnehmen, dass er vom Jahre 1881 bis 1883 viele Male an irgend einem nässenden Ausschlag gelitten hatte. Während des letzten russisch-türkischen Krieges acquirirte Pat. eine so heftige Malariainfection, dass er ungefähr 3 Wochen in halbbesinnungslosem Zustande gelegen hat. Wie dieses Sumpffieber auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Kranken eingewirkt hat, ist bei dem Krankenexamen nicht zu eruiren. Ungefähr vor einem Jahre oder vor noch längerer Zeit begannen sich von Zeit zu Zeit ziemlich starke schiessende und zuckende Schmerzen in den unteren Extremitäten einzustellen; am häufigsten zeigen sich diese Schmerzen in den Füssen, seltener in den Unterschenkeln; wenn sie sich zuweilen Nachts einstellten, weckten sie den Kranken aus dem Schlaf; diese Schmerzen dauerten sehr kurze Zeit blos an. Der augenblicklich bestehende Ausschlag, die Psoriasis, begann sich vor 4 Wochen zu zeigen und nahm rapid an Ausdehnung und Intensität zu.

Der Vater des Kranken, ein Seemann, ist im 57. Jahre an der Schwindsucht gestorben. Die Mutter starb im Alter von 65 Jahren plötzlich «am Schlage», wie der Kranke sagt. Der Kranke hat zwei Schwestern; die ältere von ihnen leidet an häufigen starken Kopfschmerzen, die jüngere ist ungemein nervös und leidet seit der Kindheit an Taubheit.

Untersuchung des Kranken. Der Kranke ist etwas über Mittelgrösse, 1,7 Meter. Sein Gewicht beträgt 4 Pud 39 Pfd. Knochen und Muskeln sind vortrefflich entwickelt,

[1]) Dermatologische Untersuchungen aus der Klinik des Dr. A. G. Polotebnow, Prof. der Dermatologie an der St. Petersburger militär-medicinischen Academie. Lieferung I und II. Mit 4 Tafeln Zeichnungen und neun Zeichnungen im Text. St. Petersburg 1886—87, pag. 300—410.

das Unterhautzellgewebe enthält viel Fett. In Folge bedeutender Abmagerung, die in der letzten Zeit eingetreten ist, befinden sich auf der Haut des Bauches und der Oberschenkel grosse breite herabhängende Falten und sogenannte atrophische schmale Streifen (wie die Schnürfurchen bei den Frauen). Patient macht bei der Besichtigung den Eindruck eines Menschen von strotzender Gesundheit, — der kräftige Körperbau, das rüstige Aussehen, der ruhige Blick, die vollen rothen Wangen, — Alles trägt dazu bei, um diesen Eindruck hervorzurufen. Beim Krankenexamen lenken unwillkürlich die ausserordentliche Unklarheit der Erzählung, die Verworrenheit und sogar einige Widersprüche in den mitgetheilten Thatsachen die Aufmerksamkeit auf sich, so dass es nicht geringe Mühe kostete, die oben angeführten anamnestischen Daten zu erhalten. Ferner überrascht beim Patienten, dass er seinem Leiden und seiner Lage gegenüber *zu* gleichmüthig ist Wenn er von seiner Krankheit oder von irgend etwas ihn selbst Berührendem spricht, so erzählt er es so, als ginge es ihn absolut nicht an, sei etwas Nebensächliches. In ähnlicher Weise verhält er sich zu allen Untersuchungen, die mit ihm vorgenommen werden. Gleichzeitig aber erregt ihn Alles, was ihn persönlich nicht angeht, in hohem Grade; das traurige Schicksal des Helden irgend eines Romans oder einer Novelle ruft bei ihm überreichliche Thränen hervor; Theatervorstellungen mit erschütternden Scenen ist er absolut nicht im Stande anzusehen, und muss aus dem Theater flüchten. Doch ist die Spur, welche solche Eindrücke hinterlassen, bald verschwunden, die Erregung legt sich schnell, sie wird durch die von Neuem sich einstellende unerschütterliche Ruhe abgelöst. Das Gedächtniss des Kranken ist beträchtlich abgeschwächt. Besonders schlecht ist das Gedächtniss in Bezug auf Ziffern und Namen. Als Patient sich noch im Dienste befand, gerieth er oft in sehr schwierige und unangenehme Lagen, weil er beständig die Namen seiner Dienstkameraden und Untergebenen vergass. Die chronologische Ordnung der Ereignisse wird beständig vom Kranken verwechselt, die Dinge selbst aber hinterlassen eine solidere, wenngleich nicht vollkommen klare Spur im Gedächtniss. Die Erinnerungen, lange vergangene Zeiten betreffend, sind klarer und bestimmter, als die Erinnerungen, welche sich auf kürzlich Geschehenes beziehen; diese letzteren zerfliessen und sind nicht scharf[2]).

Das Vorstellungsvermögen ist schlecht. Der Kranke braucht nicht geringe Mühe und viel Zeit um nichtcomplicirte arithmetische Aufgaben zu lösen, obgleich er früher mit viel Eifer und Erfolg sich mit der Mathematik beschäftigt hat.

Patient hat keine Neigung zur Befriedigung des Geschlechtsgenusses, obgleich die Fähigkeit zur Cohabitation nicht verloren gegangen ist.

Untersuchung der Augen[3]). Die Pupillen sind gleich, aber etwas verengt und reagiren recht träge auf Licht. Am Augenhintergrunde keine Veränderungen ; der Bewegungsapparat der Augen ist normal. Auf dem rechten Auge M $^{1}/_{37}$, V $^{20}/_{xx}$, auf dem linken Auge M $^{1}/_{49}$, V $^{20}/_{xx}$, Punctum proximum 5″.

Gesichtsfeld.

	Weiss		Blau		Roth		Grün	
	R. Auge	L. Auge	R. Auge	L. Auge	R. Auge	L. Auge	R. Auge	L. Auge
nach oben.....	50	50	43	43	38	38	18	18
unten....	62	61	60	60	50	50	33	33
rechts...	91	63	85	52	75	47	52	34
links.....	65	91	52	85	47	75	34	52

[2]) Es ist interessant diesen Fall mit der Beobachtung LXIII bei Prof. Polotebnow zu vergleichen (l. c.), wo die Gedächtnissschwäche ungewöhnlich scharf ausgeprägt war.

[3]) Die Untersuchung wurde in der Augenklinik ausgeführt unter liebenswürdiger Beihülfe des Assistenten der Klinik Dr. Naumow.

Gehör, Geschmack, Geruch bieten gar keine Abweichungen von der Norm.

Die Wirbelsäule ist auf Druck nirgends schmerzhaft. Der Gang des Kranken ist mit offenen Augen sowohl vorwärts, als auch rückwärts ganz normal, nur wirft er beim Gehen die Beine etwas und tritt ziemlich stark auf die Ferse auf; mit geschlossenen Augen ist der Gang unsicher. Bei complicirteren Bewegungen bemerkt man beim Kranken einige Coordinationsstörungen; so strengt er die Muskeln sehr an, macht einige durchaus unzweckmässige ruckweise Bewegungen um mit der rechten oder linken Ferse das entgegengesetzte Kniegelenk zu erreichen und kommt immer über das Kniegelenk; das gleiche Resultat erhält man, wenn man ihn dazu veranlasst mit der grossen Zehe irgend einen Gegenstand zu treffen. Wenn er mit der Ferse einen Kreis beschreiben soll, so macht er diese Bewegung mit Mühe und ruckweise.

Wenn Pat. die Füsse einander nähern soll, so schwankt er bei offenen Augen ganz leicht, bei geschlossenen Augen sehr deutlich. Mit offenen Augen kann er nur mit grosser Mühe auf einem Beine stehen und dabei schlechter auf dem rechten Beine; mit geschlossenen Augen kann er durchaus nicht auf einem Beine stehen.

Die Sehnenreflexe fehlen beiderseits vollständig an den oberen und unteren Extremitäten.

Hautreflexe an Bauch, Cremasteren, Fusssohlen u. s. w. können weder durch Streichen, noch durch Kitzeln, noch durch leichte Nadelstiche hervorgerufen werden; nur bedeutende und schnelle Abkühlung (Aether) ruft kaum bemerkbare Muskelcontraction am Bauche und am Scrotum hervor.

Die Muskelsensibilität ist abgeschwächt und es entsteht kein Schmerzgefühl, wenn man auch auf's stärkste drückt.

Die Fähigkeit, die Lage der Glieder, sowie die Schnelligkeit und Richtung der Bewegungen zu bestimmen, zeigt, die oberen Extremitäten betreffend, keine bemerkbaren Abweichungen von der Norm; an den unteren Extremitäten ist diese Fähigkeit einigermaassen abgeschwächt: Patient kann mit geschlossenen Augen mit dem einen Bein nicht genau die Lage des anderen Beines angeben; ebenso kann er eine ausgeführte Bewegung und deren Schnelligkeit nicht treffen. Die Fähigkeit, die Puncte zu bestimmen, wo man ihn berührt hat, ist am Rumpf und den oberen Extremitäten erhalten, auf den unteren Extremitäten aber abgeschwächt — Patient macht dort bedeutende Fehler. Die Fähigkeit, Gewicht und Form von Gegenständen zu unterscheiden, ist erhalten.

Die Erregbarkeit der Muskeln durch mechanische Reizungen ist beträchtlich abgeschwächt; wenn man mit dem Percussionshammer die Muskeln des Gesichts, des Halses, des Rumpfes oder der Extremitäten beklopft, so kann man keine Contractionen hervorrufen.

Die Erregbarkeit der Nerven durch den constanten Strom wurde mit Hülfe des Galvanometers und Rheostats von Gaiffe untersucht; die breite Elektrode kam auf's Brustbein; die Untersuchung fand bei einem Druck von 300 Grm. statt (die Elektrode hatte eine dynamometrische Vorrichtung.)

Folgende Resultate wurden als Mittelwerthe aus 4 Versuchen erhalten:

	KaSZ
Nervus frontalis dexter	2,7 M. A.
„ „ sinister	3,2 „
Nervus accessorius dexter	1,7 „
„ „ sinister	1,7 „
Nervus ulnaris dexter	4,2 „
„ „ sinister	4,7 „
Nervus peroneus dexter	5,6 „
„ „ sinister	5,7 „

Die Reaction bei Reizung der Nervenstämme hat ihren normalen Typus bewahrt: ASZ > KaSZ.

Die Werthe KaSZ nähern sich sehr den normalen Werthen.

Die Untersuchung mit dem Inductionsstrom gab folgende

Resultate (Apparat von Du-Bois-Reymond, 2 Daniell'sche Elemente, Druck von 300 Grm.):

Nervus facialis dexter	12	Ctm. Abstand zwischen den Rollen
„ „ sinister	11,5	„ „ „ „
Nervus accessorius dexter	11,0	„ „ „ „
„ „ sin.	12,0	„ „ „ „
Nervus ulnaris dexter	9,5	„ „ „ „
„ „ sin.	9,5	„ „ „ „
Nervus peroneus dexter	9,0	„ „ „ „
„ „ sin.	9,0	„ „ „ „

Bei unmittelbarer Reizung der Muskeln erhielt man:

Für die Muskeln des rechten Vorderarms 9,0 Ctm. Abstand der Rollen.

Für die Muskeln des linken Vorderarms 8,5 Ctm. Abstand der Rollen.

Für die Muskeln der Unterschenkel erhält man kaum bemerkbare, recht träge Contraction bei 0 Ctm. Abstand, d. h. wenn die Rollen völlig ineinander geschoben sind.

Somit erweist sich die faradische Erregbarkeit für die Muskeln der Unterextremitäten stark abgeschwächt.

Als absoluter Hautwiderstand (Rheostat und Galvanometer Gaiffe, Druck auf die Haut 200 Grm.) ergab sich im Mittel aus 5 Untersuchungen:

Palmare Oberfläche des rechten Vorderarms	2700 Ohm
„ „ linken „	3000 „
Vordere Oberfläche des rechten Oberschenkels	2800 „
„ „ „ linken „	2750 „

Zur Untersuchung wurde die Normal-Elektrode benutzt, die breite indifferente Elektrode wurde auf das Brustbein gesetzt. Die Dauer der Untersuchungen war stets die gleiche.

Die Hautsensibilität dem Inductionsstrom gegenüber (der Erb-Tschirjew'sche Pinsel in Kautschuk befestigt, die Anordnung des Versuches wie oben beim Inductions-Strom):

	Elektrische Hautsensibilität	Hautsensibilität Schmerzen gegenüber
Stirn	14,0	11,4
Vordere Oberfläche des Halses	13,5	9,4
Hintere Oberfläche des Halses	15,5	10,5
Brustbein	12,5	7,1
Rücken zwischen den Schulterblättern	14,1	9,5
Mitte der Kreuzgegend	14,0	9,9
Vordere Oberfläche des rechten Oberarms	13,6	9,5
„ „ „ linken „	13,5	9,4
Hintere „ „ rechten „	13,7	9,2
„ „ „ linken „	14,0	9,1
Vordere „ „ rechten Vorderarms	13,4	9,6
„ „ „ linken „	13,7	9,3
Hintere „ „ rechten „	13,0	9,6
„ „ „ linken „	13,3	9,2
Dorsalfläche der rechten Hand	13,0	8,2
„ „ linken „	12,7	8,0
Palmarfläche der rechten Hand	12,8	nicht vorh.
„ „ linken „	13,0	nicht vorh.
Vorderfläche des rechten Oberschenkels	12,5	9,0
„ „ linken „	12,5	9,0
Hinterfläche „ rechten „	12,5	9,0
„ „ linken „	13,0	9,2
Rechte Hinterbacke	14,0	10,1
Linke „	13,5	10,0
Vorderfläche des rechten Unterschenkels	11,0	4,2
„ „ linken „	11,4	4,3
Hinterfläche „ rechten „	12,0	4,2
„ „ linken „	12,4	4,0
Dorsalfläche des rechten Fusses	11,5	3,8
„ „ linken „	11,5	3,6
Plantarfläche „ rechten „	8,0	nicht vorh.
„ „ linken „	9,0	nicht vorh.

Bei dieser Untersuchung lenkt vor Allem der vollständige Verlust der elektrischen Schmerzempfindlichkeit an Handtellern und Fusssohlen die Aufmerksamkeit auf sich. Wenn die Spiralen des Inductionsapparates vollständig in einander geschoben werden, so ist auf der ganzen Oberfläche der Handflächen und Fusssohlen nur die Empfindung eines starken Stromes; auf den Fusssohlen ist diese Empfindung weit schwächer als auf den Handtellern; vollkommen gleich verhalten sich auch die Beugeseiten der Finger dem Strom gegenüber. Auf den übrigen Stellen erscheint die Schmerzempfindlichkeit blos ein wenig abgestumpft, während die elektrische Hautsensibilität im Gegentheil im Ganzen erhöht ist. Ein bedeutender und beständiger Unterschied zwischen der rechten und linken Seite ist nicht zu bemerken.

Bei der Untersuchung des durch Stecknadelstiche hervorgerufenen Schmerzgefühls erweist sich dasselbe überall erhalten, doch ist die Leitung der Empfindungen von den Unterschenkeln und Fusssohlen deutlich verlangsamt; Patient zuckt nach tiefen Einstichen erst nach einiger Zeit, ungefähr nach 3 Secunden, mit dem Fuss und sagt, dass er Schmerz empfinde.

Von den anderen Arten der Sensibilität erhielt man bei Untersuchung des Temperatursinnes deutliche Abweichungen von der Norm; speciell am linken Vorderarm und am linken Unterschenkel macht Patient falsche Angaben; am Vorderarm bei einer Differenz von ungefähr 3° C., am Unterschenkel bei einer solchen von 6,5° C. Die Untersuchung wurde mehrere Male vorgenommen; es wurden Temperaturunterschiede zwischen 25°—35° C. benutzt. Nahm man niedrigere Temperaturen, so erhielt man sehr unklare Angaben, deren Unsicherheit in dem Maasse zunahm, als man sich dem oben angegebenen Temperaturintervall näherte. In Bezug auf die anderen Körpergegenden muss man die Fähigkeit, die Temperatur zu unterscheiden, als abgeschwächt betrachten; so empfindet er an der rechten oberen Extremität und am linken Oberarm eine Differenz von ungefähr 2,5° C., an der rechten Unterextremität und am linken Oberschenkel ungefähr von 6° C., am linken Unterschenkel und den Fusssohlen einen etwas grösseren; auf Brust und Bauch differenzirt er Unterschiede von ungefähr 4° C., auf dem Rücken von ungefähr 4,5° C.

Bei der Untersuchung mit dem Sieveking'schen Aesthesiometer macht der Kranke, die unteren Extremitäten betreffend (Oberschenkel, Unterschenkel, Füsse), äusserst unsichere Angaben, auch wenn das Instrument ziemlich stark angedrückt wird; die Undeutlichkeit der Empfindung nimmt nach unten hin zu.

Das Gefühl für Berührungen und die Fähigkeit, den Unterschied von auf die Haut ausgeübtem Druck zu unterscheiden, sind überall erhalten.

Die vasomotorischen Reflexe erwiesen sich bei der Untersuchung mittelst verschiedener Reizmittel beträchtlich erhöht; so erhält man sofort, wenn man ein hölzernes Stäbchen leicht über die Haut hinführt, einen hellrothen scharf begrenzten Streifen, der etwa 4—5 Mal breiter war, als das Ende des Stäbchens; der Streifen persistirt etwa 7 Minuten; auf dem Halse das gleiche Resultat wie auf der Brust; auf dem Bauch ist diese Erscheinung etwas weniger ausgeprägt, als auf der Brust; auf dem Rücken erhält man einen gleichen Streifen, wie auf der Brust, derselbe hält sich 4 Minuten; auf den Seitenflächen des Rumpfes ist die Erscheinung die gleiche wie auf dem Bauche.

Auf den Oberextremitäten (Ober- und Unterarme) bildet sich ein Streifen, der doppelt so breit ist als das Stäbchen, und sich 3 Minuten lang hält.

Auf den Oberschenkeln sind diese Gefässreflexe fast garnicht vorhanden, auf den Unterschenkeln fehlen sie völlig.

Kratzt man mit einer Nadelspitze leicht über den Rücken und die Brust, so bilden sich mit grosser Schnelligkeit scharf begrenzte rosarothe Erhebungen von 1—2 Mm. Breite; auf Bauch und Oberarmen ist diese Erscheinung etwas schwächer; auf den Oberschenkeln erhält man ziemlich scharfe rothe Streifen, aber fast gar keine Erhebung ist zu bemerken. Diese Erhebungen bleiben 6 Tage lang bestehen und verschwinden dann allmälig.

Wenn man über die Haut der Brust, des Halses und des Rückens einen Pinsel hinführt, welcher in Schwefeläther getaucht ist, so erhält man deutlich bemerkbare weisse, der Breite des Pinsels entsprechende Streifen; sie halten sich 1—1½ Minuten; auf den anderen Hautgegenden erhält man unter denselben Umständen gar keine Veränderungen. Ein ähnlicher, nur schwächerer Effect, und zudem blos auf

der Brust und dem Rücken, wird erhalten, wenn man als Reizmittel 90° Spiritus benutzt.

Wenn man ein mit Eis gefülltes Reagenzglas auf die Beugeseite der Arme, auf die Brust und den Rücken applicirt, so erhält man ziemlich breite blasse Streifen mit zerfliesslichen Conturen, welche nach 1½—2 Minuten verschwinden. Applicirt man mit dem Probirröhrchen Wasser von 60°—65°, so erhält man auf Brust und Rücken hellrothe breite Streifen ohne deutliche Grenzen, welche nach 10 Minuten verschwinden; auf dem Halse ist der Reflex etwas schwächer. Lässt man den elektrischen Pinsel bei schwachem oder starkem Inductionsstrom einwirken, so erhält man gar keinen Effect. Bei Einwirkung des constanten Stromes erhält man an den Applicationsstellen der positiven und negativen Elektrode auf der Brust hellrothe, scharf begrenzte Flecke, welche doppelt so gross sind, als die Elektrode; solch' ein Fleck hält sich ½—1 Stunde; auf den oberen Extremitäten ist diese Erscheinung um Vieles schwächer, auf den unteren fehlt sie vollständig.

Die soeben beschriebene Gefässreaction auf Reize verschiedener Art zeigt eine vollkommene Correspondenz mit dem ganzen Gange der Krankheit; in gleichem Maasse, wie der Ausschlag sich zurückbildete, nahm auch die Stärke der Reflexe ab; wie der Ausschlag vollkommen verschwunden war, entwickelten sich alle diese beschriebenen Erscheinungen nur in äusserst schwachem, unbedeutendem Grade.

Hier ist es am Platze eine bemerkenswerthe Erscheinung zu erwähnen, welche bei Psoriatikern äusserst häufig ist: wenn der Kranke sich entkleidet, so strömt der Schweiss förmlich aus den Achselhöhlen (Prof. Polotebnow l. c. 367).

Der Puls ist 80—88, wenn Patient sitzt; steht er, so hebt sich der Puls um 4—5 Schläge in der Minute; macht Pat. 25 Schritte gewöhnlichen Ganges, so hebt sich der Puls um 8—10 Schläge, nach fünfmaligem Emporheben der Arme — um 6—8 Schläge. Der Puls ist weich, gleichmässig, ziemlich voll.

Die leichte Erregbarkeit des Herzens ist in der erwähnten Arbeit von Prof. Polotebnow in vielen Fällen beobachtet worden (S. 365).

In der Minute finden 22—24 Athemzüge statt.

Die Brust- und Bauchorgane zeigen keine Veränderungen.

Die Temperatur schwankte während des ganzen Verlaufes der Krankheit Morgens zwischen 36,4—37,0, Ab. zwischen 36,5—37,2.

Die Temperaturdifferenzen zwischen der rechten und linken Achselhöhle betrugen bei den morgendlichen und abendlichen Messungen 0,1°—0,5°, und bei allen Messungen Morgens und Abends im Verlaufe von 20 Tagen war die Temperatur auf der linken Seite höher als auf der rechten.

Ein ähnliches Ueberwiegen der Temperatur einer Seite über die der anderen Seite ist beobachtet in der oben citirten Arbeit des Prof. Polotebnow, in den Fällen XLII und LXV.

Die Temperatur im Rectum betrug Morgens 37,5—37,8, Abends 37,5—37,6. (Die Messungen wurden eine Woche lang fortgesetzt). Sie überstieg die Achselhöhlentemperatur am Morgen um 0,6—0,8°, am Abend um 0,3—0,5°. Die Hauttemperatur der Vorderfläche des linken Oberarms 33,3, des rechten 33,4, während gleichzeitig in der Achselhöhle die Temperatur 36,8, und im Rectum dieselbe 37,5 betrug. Die Hauttemperatur auf der Brust direct unter den Brustwarzen ist rechts und links gleich — 33,3, während die Achselhöhlentemperatur 36,9 und die Rectumtemperatur 37,5 betrug; die Temperatur der Vorderfläche des linken Oberschenkels 32,3, des rechten 32,1, die Achselhöhlentemperatur 37,0, die Rectumtemperatur 37,8.

Die qualitative Harnanalyse ergab nichts Abnormes.

Verlauf der Krankheit. Der Kranke wurde gar nicht medicamentös behandelt, nur 1—2 Mal wöchentlich bekam er lauwarme Bäder, und ausserdem erhielt er Pillen aus Extr. liquiritiae; diese Therapie — Therapia psychica — hatte glänzenden Erfolg: bald nachdem Patient in die Klinik getreten war, konnte man ein recht schnelles Schwinden des Ausschlages bemerken, und schon nach einem Monat waren nicht die geringsten Spuren desselben mehr vorhanden.

Wenn wir nun zur Würdigung der oben angeführten Erscheinungen übergehen, so kann man aus denselben leicht eine ganze Gruppe von Symptomen aussondern, welche die Tabes charakterisiren: Schiessende Schmerzen in den Füssen, Störung der Coordination, welche deutlich bei einigen complicirteren Bewegungen der Unterextremitäten bemerkbar ist, vollkommenes Fehlen der Sehnenreflexe, das Romberg'sche Symptom, die starke Herabsetzung der Sensibilität auf der Haut der Füsse und Unterschenkel, die Verlangsamung der Leitung der Schmerzempfindungen (Stecknadelstiche in die Fusssohlen und Unterschenkel), die Herabsetzung des Geschlechtstriebes, die Verengerung der Pupillen und die Abschwächung der Reaction derselben auf Licht, — Alles dieses zusammengenommen stellt denjenigen Symptomencomplex dar, durch welchen die Tabes charakterisirt wird. Der Verlust der Hautreflexe, die Veränderung des Temperatursinnes, die Reaction der Muskeln auf den Inductionsstrom stellen eine interessante Vervollständigung des allgemeinen Bildes der Krankheit dar. Aber nach unserer Meinung haben diejenigen Veränderungen eine Bedeutung allerersten Ranges, welchen die deutlich verstärkten Gefässreflexe in den verschiedenen Perioden der Krankheit untergeordnet waren; die Stärke ihres Auftretens ging Hand in Hand mit dem Verlauf des Krankheitsprocesses; bei voller Entwickelung des Ausschlages reagirten die Gefässe ungewöhnlich stark; nach Maassgabe des Schwindens des Ausschlages wurde diese Reaction immer schwächer. Ein derartiger Parallelismus ist von ungeheurem Interesse, indem er in überzeugendster Weise die Ansicht des Prof. Polotebnow unterstützt, dass die Psoriasis eine vasomotorische Neurose der Haut ist. Auch der Krankheitsverlauf entbehrt nicht eines klinischen Interesses, speciell das schnelle Auftreten und Sichausbreiten des Ausschlags und das spontane Schwinden desselben in kurzer Zeit, ohne jegliche Anwendung irgend welcher Arzneimittel. Auf diese spontane Rückbildung des Ausschlages mit gleichzeitiger Besserung einiger Störungen im Nervensystem ist in der angeführten Arbeit von Prof. Polotebnow in vielen Fällen hingewiesen, z. B, Fall II, XLVII etc.

Wenn man die Psoriatiker genau untersucht, so wird dieser Fall aller Wahrscheinlichkeit nach nicht vereinzelt bleiben, da ja die Möglichkeit, dass bei Tabes trophische und ebenso auch vasomotorische Störungen der Haut vorkommen, ein schon lange bekanntes und von vielen Neuropathologen beobachtetes Factum ist.

Referate.

Andrew Clarke: Aetiologie der Chlorose. (Sem. méd. 1887/46, pag. 467).

Nach A. existire die Chlorose meist zwischen dem 14.—24. Jahre, und ihr Hauptsymptom sei Constipation mit Retention von Fäcalmassen im Colon. Dadurch Schmerzen in der Milzregion des Colon und durch Anhäufung sich zersetzender Massen eine Art Blutvergiftung. Scheinbare Regelmässigkeit der Defäcation spräche noch gar nicht gegen Constipation. Man vindicire dem sexuellen Apparate zu grossen Einfluss bei der Aetiologie. Die Unregelmässigkeiten in der Menstruation hängen vielmehr von der Blutalteration ab. Der blasse und reichliche Harn enthalte weniger Harnstoff und Harnsäure, aber wahrscheinlich mehr toxische Stoffe, als gesunder Harn. Die Allgemeinursache der Chlorose seien mangelhafte Ernährung, geistige Ueberanstrengung, häufiger oder heftiger Nervenreiz, Nymphomanie etc. Die Specialursache läge in der Anhäufung der Fäcalmassen.

Die Behandlung müsse in Darreichung von Laxantien und Eisen bestehen.

In der Discussion der medicinischen Gesellschaft zu London stellt sich Barney Yeo ganz auf Seite Clarke's, Joseph Fayrer bedingungsweise, nur für einen Theil der Chloroseerkrankungen, Havilland Hall und Willams erheben einige Zweifel gegen die Clarke'sche Ansicht.

In № 1887/47 p. 477 beansprucht Prof. Duclos in Tours für sich die Priorität der Clarke'schen Ansicht, die er im September und October 1887 in 2 Vorlesungen: «Ueber den intestinalen Ursprung der Chlorose» entwickelt habe. N.

Hubbard W. Mitchell: Eine einfache Methode der Varicoceleoperation. (New-York. Med. Rec. Oct. 22).

Verf. operirt mit einer langen Nadel, welche eine abgeflachte ovale, mit einem Oehr versehene Spitze und einen langen, schmalen, achteckigen Schaft hat, welcher der Abplattung der Nadelspitze entsprechend abgeflacht ist, damit man nach Einführung der Nadel die Stellung der letzteren leicht erkennen kann. Vor der Operation werden die Haare an der kranken Seite abgeschoren, die Theile gründlich gereinigt und einige Tropfen einer 4%-igen Cocainlösung am Operationsort subcutan injicirt. Das Vas deferens wird mit der linken Hand an die innere Seite des Scrotum gedrängt, mit der rechten die mit einem genügend langen, desinficirten (gekochten) Seidenfaden versehene Nadel durch den Hodensack durchgestochen, während die beiden Enden der Ligatur auf dem Griffe festgehalten werden. Das Vas deferens wird nun losgelassen und das eine Fadenende aus der Ausstichsöffnung und dem Nadelöhr ausgezogen; die Nadel wird dann zurück- aber nicht herausgezogen, ihre Spitze subcutan um die Venen herumgeführt und darauf genau durch die Ausstichsöffnung herausgeführt, die Ligatur rasch und leicht in das grosse Oehr der Nadel eingefädelt und aus der Ausstichsöffnung herausgezogen, wo sie geknotet wird; die Wunde wird, nachdem sie gewaschen ist, mit Heftpflaster verklebt. Verf. betont, dass die Spitze oval und mit einem breiten Oehr versehen sein müsse. Hz.

Reclus: Behandlung der traumatischen Perforationen des Magens und Darms. Vorlesung. (Sem. méd. 1887/47. pag. 470. sq.).

Auf Grundlage von statistischen Daten und von Versuchen, die er zusammen mit seinem Internen Noguès angestellt hat, entwickelt Reclus in diesem Vortrage seinen Standpunct in der oben genannten Frage. Er nimmt dabei zwischen den beiden Lagern, die Laparotomie oder keine Laparotomie auf ihre Fahne schreiben, eine vermittelnde Stellung ein und kommt zu folgendem Schlusse:

«Hat man Verdacht auf eine penetrirende Verwundung im subdiaphragmalen Theile des Verdauungstractus, so ist Alles aufzubieten, um die Ueberschwemmung der Serosa mit Magen- resp. Darminhalt zu verhindern: Immobilität, Compression des Leibes, Abstinenz von Nahrungsmitteln und Getränken, Verordnung von Opium und Morphiuminjectionen werden dieser ersten Indication entsprechen. Aber wenn trotz dieser Behandlung sich Vorboten der Peritonitis zeigen, so muss man die Laparotomie ausführen, um die Wunden zu nähen und die Toilette der Serosa zu machen. Ist die Entzündung aber schon verbreitet, so könnte man nur noch dann operativ einschreiten, wenn der Verwundete noch genug Widerstandskraft besitzt». N.

Prof. E. Kisch: Ueber die Oertel-Cur bei Fettherz. (D. med. W. 1887, № 17.)

Kisch hält sich an die von Traube schon angegebene Sonderung einer plethorischen und anämischen Fettleibigkeit. Bei ersterer enthält der Organismus relativ wenig Wasser und zudem ist bei kräftigen Fettleibigen die Verdunstung von der Haut wesentlich gesteigert. Erfahrungsgemäss vertragen diese Plethoriker Wasserentziehung schlecht, man beobachtet häufig bei ihnen hinterher excessive Schwäche und Mattigkeit. Zudem sind sie der Gefahr ausgesetzt, an Gicht, Gallen- und Harnsteinen zu leiden, weil die mächtig auslaugende Wirkung des Wassers auf die bei ihnen so reichlichen Auswurfsstoffe wegfällt. Der Körper der anämischen Fettleibigen ist nicht so wasserarm, das Fettpolster ist nicht so prall, mehr serös durchtränkt; bei ihnen wäre eine *vorsichtige* und *milde* Oertel-Cur von Vortheil. Am meisten jedoch ist sie in den späteren Stadien der Lipomatosis universalis am Platze, wo das Blut eine hydrämische Beschaffenheit angenommen hat und die Erscheinungen des Hydrops universalis beginnen. *Eines* der Heilmittel in solchen Fällen ist Wasserentziehung, während stärkere Muskelaction und körperliche Bewegungen sich dabei oft als zweischneidiges Schwert erweisen. Max Schmidt.

S. S. Zalesky: Ueber den Einfluss der Nahrung auf die Beschaffenheit und den Nährwerth der Frauenmilch. Aus dem Dorpater pharmakologischen Institute. (Wratsch 1887, 37—40).

Nach einem sehr ausführlichen, geschichtlichen Ueberblicke (dem Artikel ist eine reiche Literaturangabe beigefügt) über die Arbeiten in dieser, bis dahin noch nicht sicher gestellten Frage, von denen recht wesentliche von inländischen Autoren (Subbotin, Kolesinsky etc.) herrühren, theilt Verf. seine Beobachtungen und die Analysen mit und stellt kritische Vergleiche mit den Arbeiten seiner Vorgänger an, deren Wiedergabe Ref. sich versagen muss. Daran schliesst sich ein Resumé, das Ref. wörtlich wiedergiebt, wie folgt:

„1) Frauenmilch, wenn sie überreich an Fett, kann schädlich auf Entwickelung und Ernährung des Säuglings einwirken:

2) Reichliche und vorherrschend aus Albuminaten bestehende Nahrung bedingt eine sehr bedeutende Procentzunahme von Fett in der Frauenmilch bei gleichzeitiger Procentabnahme an Zucker. Die Einwirkung auf die anderen Bestandtheile der Milch ist weniger bedeutend. Sehr leicht ist es möglich, dass auch alcoholische Getränke in diesem Sinne wirken.

3) Durch Veränderung der Lebensweise und der Nahrung der Mutter oder Amme können wir bis zu einem gewissen Grade eine Beschaffenheit der Milch erlangen, die zur gedeihlichen Entwickelung des Säuglings wünschenswerth ist.

4) Die Nahrung wirkt auf die Milchbeschaffenheit bei Frauen, wie es scheint, ebenso, wie bei Thieren.

5) Das Fett in der Milch bildet sich mittelbar und unmittelbar und wahrscheinlich in grossen Mengen aus den Albuminaten der Nahrung". N.

Oscar Fraentzel: Ueber den Gebrauch des Kreosots bei Lungentuberculose. (D. m. W. № 14, 1887).

Verf. verwendet seit 1877 das Kreosot bei Lungentuberculose, und hat in einer Anzahl von Fällen sehr befriedigende Resultate erreicht; es waren das im Allgemeinen Kranke, bei denen das Leiden chronisch verlief, wenig Fieber und keine Complicationen vorhanden waren. In einigen gebesserten Fällen waren auch Cavernen vorhanden, doch beschränkte sich dann das Leiden blos auf eine Lunge. Die Besserung begann in der Regel einige Tage nach Beginn der Behandlung, der Appetit besserte sich, der Auswurf nahm ab, Gewichtszunahme war zu constatiren. Im Laufe des Monats betrug die Zunahme von 3—5 Pfd. Minimum bis zu 20—30 Pfd. Zuweilen nahmen die Bacillen im Auswurf mehr und mehr ab und verschwanden zuletzt ganz aus demselben, in anderen Fällen blieben die Bacillen bis zuletzt, der Auswurf aber schwand. Bei Inhalationsversuchen mit Kreosot, welche Verf. in Gemeinschaft mit Gaffky und Koch gemacht hat, liess dasselbe im Stich, ebenso wie alle anderen zum gleichen Zwecke benutzten Bacillengifte, auch das Anilinoel, von welchem in Folge der Kremjanski'schen Mittheilung eine Zeit lang die Rede war. Die Form der Darreichung bei Fraentzel ist: Rp. Kreosoti 13,5, Tinct. Gent. 30,0, Spir. vini rectificatiss. 250,0, Vini Xerensis 1000,0 — zwei bis drei Mal täglich 1 Esslöffel voll zu nehmen. Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Villaret: Handwörterbuch der gesammten Medicin. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1887. 1—5. Lief. 4°.

Der Herausgeber stellt sich die Aufgabe gegenüber dem raschen Wachsen aller Zweige der Medicin besonders dem praktischen Arzt die Möglichkeit zu bieten sich in dem Handwörterbuch rasch über den gegenwärtigen Stand der gesammten Medicin orientiren zu können. Es soll das Neueste (Arzneimittel, Operationsmethoden etc.) darin enthalten sein, wie auch Altbekanntes, um nöthigen Falls dem Gedächtnisse rasch nachzuhelfen. Die Nothwendigkeit eines solchen Nachschlagebuches ergiebt sich wohl am besten daraus, dass in letzter Zeit derartige literarische Unternehmungen mehrfach (Frankreich, England, Deutschland) in's Leben getreten und mit vielem Beifall aufgenommen worden sind. Soweit wir aus diesen ersten Lieferungen sehen können wird das V.'sche Handwörterbuch seiner Aufgabe voll und ganz gerecht; dafür bürgen auch schon eine Reihe bekannter Namen unter den Mitarbeitern. Aus der Fülle des schon bis jetzt Gebotenen (Aachen — Chorioidea) einzelne Artikel hervorzuheben, müssen wir uns versagen, da der Leser dadurch kein Bild des Ganzen erhalten würde. Wir können nur im Allgemeinen in Bezug auf alle Artikel sagen, dass sie möglichst gedrängt das Hauptsächlichste über den Gegenstand enthalten, öfter aber auch recht eingehend sind, so dass sich kaum was hinzufügen liesse. Alles in das Gebiet der Medicin Gehörige oder demselben Nahestehende ist vollständig berücksichtigt. Wie angenehm ein solches Nachschlagebuch ist, davon wird sich jeder Arzt bald überzeugen, wenn er es kurze Zeit benutzt hat. Das Werk soll in 18—20 Lief. à 2 Mark erscheinen; der Preis ist also kein zu hoher. Druck und Papier sind vorzüglich. Schr.

Nothnagel und Naunyn: Ueber die Localisation der Gehirnkrankheiten. (S. A. aus den Verhandlungen des VI. Congresses für innere Medicin zu Wiesbaden 1887). 56 S. Mit Abbildungen und 2 Tafeln. Wiesbaden 1887. Bergmann.

Die beiden Referenten für die Frage von der Localisation der Gehirnkrankheiten hatten das Thema der Art unter sich getheilt, dass Prof. Nothnagel die Localisation in der Gehirnrinde, Prof. Naunyn den aphasischen Symptomencomplex und dessen Localisation zum Berichterstatten übernommen. Es versteht sich von selbst, dass das Thema in äusserst lichtvoller Weise dargelegt ist und sind die neuesten Ergebnisse der klinischen Beobachtung übersichtlich zusammengestellt; Neues wird nicht geboten. Hz.

A. Zemanek: Syphilis in ihrer Rückwirkung auf die Berufs-Armeen. Wien 1887. Moritz Perles. 73 pag.

Verf. will die Rückwirkung der Syphilisausbreitung «im Frieden und im Kriege darlegen, sowie die Möglichkeit ihrer thunlichsten Eindämmung» wie die Fortsetzung des Titels lautet.

Verf. beginnt in einer historischen Einleitung (20 Seiten), in welcher er auch einige Receptformeln aus alter Zeit giebt, welche recht belehrend wirken, und den Unterschied der Therapie von einst und jetzt illustriren sollen. Nicht aber können wir damit übereinstimmen, wenn Verf. (pag. 7) sagt, dass er «weil es so seit jeher üblich war, die Urethritis und das weiche Schankergeschwür aus usuellen Gründen unter die syphilitischen Gesammtkrankheiten rechnet».

Ein Buch, das heutzutage über Verbreitung der «Syphilis» geschrieben wird, muss uns einen scharfen Unterschied zwischen Syphilis und den beiden anderen venerischen Erkrankungen bringen. «Usuelle Gründe» dürfen nicht mehr gelten, wir müssen doch endlich mit diesem «Usus» oder richtiger «Abusus» brechen! Solange wir keine genauen Statistiken über die «wirkliche Syphilis» besitzen, können wir uns auch kein klares Bild über deren Ausbreitung schaffen; dieses aber ist die Grundlage, ohne welche wir keinen Begriff bekommen können, ob eine Maassregel gegen Syphilis hilft oder nicht d. h. ob die Syphilis in ihrer Ausbreitung zu- oder abnimmt.

Verf. giebt uns eine grosse Reihe von Zahlen aus den verschiedenen Armeen.

In *Oesterreich* kamen 1870—84 durchschnittlich jährlich — 18,324 Syphiliserkrankungen vor (soll heissen venerische Erkrankungen!), von denen sich jedoch die Mehrzahl auf Urethritis bezieht, denn z. B. 1884 litten von 19,146 Pat. — 8903 an Urethritis, 4165 an Ulcus molle und 5046 an Syphilis.

In *Preussen* schwankte die jährliche Krankenzahl 1873—82 von 9416 bis 14,574, wobei wir ebenfalls nicht wissen, wieviel darunter Syphilitiker.

In *England* 1874—79 jährlich — 6278—15,213 Syphilitiker. Diese grosse Schwankung entspricht der verschiedenen Schwankung des Effectivbestandes.

Sehr lehrreich ist die Zahl für *Frankreich* pro 1879. Von 30,430 Venerikern litten — 20,868 an Urethritis, 6468 an Ulcus molle, 3094 an Syphilis.

Kann man also solche Zahlen zum Beweis der Syphilisverbreitung heranziehen?

Wir übergehen die Zahl für die übrigen Armeen, desgleichen das Capitel über Therapie und wenden uns zu den prophylactischen Maassregeln, die jedoch nichts Neues bieten. Sehr rationell ist die Ansicht des Verf. betreffs Verbreitung der Kenntnisse über Syphilis, (wie das ja auch Tarnowski als ersten Grundsatz aufstellt), ferner soll die geheime Prostitution mehr beaufsichtigt werden (was wir ja Alle wünschen, nur ist es eben schwer möglich). Jedenfalls ist es ein Verdienst des Verfassers recht viel Material zusammengetragen zu haben, so dass man das Buch mit Befriedigung liest und nur bedauert, dass das Material nicht besser kritisch gesichtet ist. P.

Sallis: Der thierische Magnetismus (Hypnotismus) und seine Genese. Darwinistische Schriften. Erste Folge. Band 16. Leipzig, Günther 1887. 108 S.

Der Zweck dieses interessanten Werkchens ist in dem Vorworte desselben angegeben. Es soll in erster Linie die Gefahren der durch Laien ausgeführten Hypnose für die Gesundheit der «behandelten» Personen klarlegen, etwas wofür Verf. seit Jahren durch Schrift und Wort gekämpft und unter Anderem auch auf die Tragweite solcher öffentlicher hypnotischer Schaustellungen in Bezug auf Sittlichkeit und Moral hingewiesen hat. Dann wollte er aber auch die wichtigen Errungenschaften der französischen Pathologen, welche sonderbarerweise den meisten deutschen Aerzten recht unbekannt geblieben waren, in weiteren Kreisen bekannt machen und «die Wege ebnen helfen, welche in theoretischer und praktischer Beziehung zu einem richtigen Verständniss des Hypnotismus führen dürften». Es zerfällt deshalb das Werkchen in zwei Theile, den ersten grösseren, die Geschichte des thierischen Magnetismus in fesselnder Weise schildernden und den zweiten, als Anhang beigegebenen, Krankengeschichten aus der Revue de l'hypnotisme enthaltenden. Nach Verf.'s Ueberzeugung sind die Erscheinungen des Hypnotismus lediglich Ermüdungserscheinungen und nichts anderes als der Ausdruck eines gesteigerten Verbrauches der die normale Function des Gehirns vermittelnden materiellen Substrate bei ungenügendem Wiederersatz; denn die Erscheinungen schwinden, sobald das Missverhältniss zwischen Verbrauch und Ersatz lebendiger Kraft ausgeglichen wird»; es handelt sich in jedem einzelnen Falle um künstliche, durch Lähmung der vasomotorischen Nerven, besonders im Bereiche des Centralnervensystems erzeugte Circulationsstörungen.

Es sei hiermit das Büchlein als lehrreiche und interessante Lecture empfohlen. Hz.

Prof. P. Bruns (Tübingen): Beiträge zur klinischen Chirurgie. III. Bd. 1. Heft mit 4 lith. Taf. Tübingen 1887. Verlag der Laupp'schen Buchhandlung. Preis 4 Mk.

Mit diesem Hefte beginnt ein neuer Band der werthvollen «Beiträge» aus der strebsamen und fruchtbaren Tübinger Schule. Der Inhalt muss jeden prakt. Chirurgen interessiren:

1) H. Bayha: Ueber Lupuscarcinom. 4 Fälle mit Abbildungen. 2) Th. Weizsäcker: Die Arthropathie bei Tabes. 3) W. Göz: Ueber ausgedehnte Resection der Schädelknochen und das Regenerationsvermögen derselben. 4) A. Heise: Ueber Schilddrüsentumoren im Inneren des Kehlkopfs und der Luftröhre. 5) P. Bruns und C. Nauwerck: Ueber die antituberculöse Wirkung des Jodoforms. Klinische und histologische Untersuchungen.

Ein spec. Referat über einzelne Arbeiten soll seinerzeit in dieser Wochenschrift erscheinen. Sel.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber den Nachweis des Cocains im Thierkörper von Leonhard Helmsing. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Ueber die Organisation des Thrombus v. Eduard Heuking. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Ueber Cyclamin von Nicolai Tufanow. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Ueber den heutigen Stand der Argyriefrage von Stanislaus Krysinski. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Die Verwerthung der Gesichtsfeldprüfung für die Diagnostik und Prognostik der Amblyopien von Otto Poetschke. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Pharmakotherapeutische Studien über das Hyoscin von August Sohrt. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Beiträge zur Innervation des Pylorus von Theodor Dobbert. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Zur Casuistik der diffusen Hirnsclerose von Arthur Berg. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Beitrag zum forensisch-chemischen Nachweis des Hydrochinon und Arbutin im Thierkörper von Hugo Laurentz. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886

— Ueber die Häufigkeits- und Abhängigkeitsverhältnisse des Pannus bei Trachom. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Ueber die Wirkung des Aluminiums und des Berylliums auf den thierischen Organismus v. Paul Siem. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva, verbunden mit neuroparalytischer Ophthalmie von Hermann Graff. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Beitrag zum forensisch-chemischen Nachweis des Resorcin und Brenzcatechin im Thierkörper von Joseph Schomacker. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Mittheilungen über die Entwickelung der primitiven Aorten nach Untersuchungen an Hühnerembryonen von John Türstig. Inaug.-Diss. — Dorpat 1886.

— Die Brillen, das dioptrische Fernrohr und Mikroskop. Handbuch für praktische Optiker von Dr. Carl Neumann. Mit 95 Abbildungen. — Wien, Pest und Leipzig 1887. A. Hartleben's Verlag.

— Ueber die Wirkung der Säuren (Salz-, Milch-, Essig- und Kohlensäure) auf die Magenfunction des Menschen, sowie deren therapeutische Anwendung von Doc. W. Jaworski. Sep.-Abdr. aus der D. med. Wochenschr. № 36—38. 1887.

— Основы медицинской физики. Руководство для врачей и студентовъ Проф. Н. Егорова. Выпускъ II. – С.-Петербургъ 1887.

— Methoden zur Bestimmung der Intensität der Pepsinausscheidung aus dem menschlichen Magen und Gewinnung des natürlichen Magensaftes zu physiol.-chem. Zwecken von Doc. W. Jaworski. Sep.-Abdr. aus Münch. med. Woch. № 33. 1887.

— Ueber Atonie des Magens. Th. I. von Doc. Dr. R. Freiherr v. Pfungen. — Klinische Zeit- und Streitfragen von Prof. Dr. Schnitzler. Heft 7 und 8. — Wien 1887. Verlag von Wilhelm Braumüller.

— Ueber den Mechanismus der Zangentractionen von Dr. v. Wislocki. — Berlin und Neuwied 1887. Heuser's Verlag (Louis Heuser).

— Zur Behandlung der Sterilität von Dr. Levy. — Berlin und Neuwied 1887. Heuser's Verlag (Louis Heuser).

— Zur Therapie der Chlorose von Dr. Hüllmann. — Berlin und Neuwied 1887. Heuser's Verlag (Louis Heuser).

— Методика Пастёровскихъ предохранительныхъ прививокъ Д-ра мед. В. Максимова. Изъ журн. международн. клин. — С.-Петербургъ 1887.

— Du traitement des fractures de l'olécrane par le Dr. F. Fraipont: Extrait des Ann. de la Société medico-chirurgicale de Liége 1887.

— Du tamponnement de l'utérus par la gaze jodoformisée comme moyen hémostatique par le Dr. F. Fraipont. Extr. des Ann. de la Soc. med.-chir. de Liége 1887.

— Краткій курсъ сравнительной анатоміи позвоночныхъ животныхъ Проф. А. О. Брандта. Изъ журн. Ветеринарный Вѣстн. 1887.

— Ignaz Philipp Semmelweis. Eine geschichtlich-medicin. Studie von Dr. Jacob Bruck. — Wien und Teschen 1887. Verlag von Karl Prochaska.

— Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender für das Jahr 1888. Herausgegeben von Dr. S. Guttmann. — Leipzig. Verlag von Georg Thieme.

— Annual report of the board of regents of the Smithsonian Institution. July 1885. Part I. — Washington 1886.

— Zur Staaroperation. Vortrag. geh. in der Gesellsch. f. Heilk. 30. März 1887 von Prof. Dr. Schöler. Sep.-Abdr. aus Berl. klin. Woch. № 38.

— Repetitorium der medicinischen Hilfswissenschaften Chem · Physik, Botanik und Zoologie für Studirende der Med., Pharm., Thierarzn. und Chemie. Theil II. Physik von Dr. Th. Schmidt. — Breslau 1887. Verlag von Preuss & Jünger.

— Ueber die Methoden der modernen Bacterienforschung von R. J. Petri. Sammlung wissenschaftl. Vorträge von Virchow und Holtzendorff. Heft 10/11. — Hamburg 1887. Verlag von J. F. Richter.

— Zur Lehre von den Erythemen von Prof. Dr. Polotebnow. — Hamburg und Leipzig 1887. Verlag von Leopold Voss.

— Метеорологическія наблюденія при Коростышевской учительской семинаріи 1883—1886 гг. Записки Кіевскаго общ. естествоиспытателей. 1887.

Der Fall Dreypölcher.

Vor einigen Tagen ist ein hochgeachtetes Mitglied unseres Standes, der Hofrath E. Dreypölcher, Ordinator am Obuchow-Hospitale, von den Geschworenen schuldig befunden worden, dadurch dass er einer Kranken die Hülfe versagt und sie in höchst ungenügender Bekleidung fortgeschickt, ihren Tod beschleunigt zu haben, auf welches Verdict hin das Gericht ihn zum Verlust aller besonderen und von Geburt ihm zukommenden Rechte, sowie zur Verbannung in's Archangel'sche Gouvernement auf 3 Jahre verurtheilte. Das peinliche Aufsehen, welches dieser Process und sein unerwarteter Ausgang gemacht haben, nöthigen uns näher auf denselben einzugehen.

Der Thatbestand, wie er sich aus der Untersuchung und der Gerichtsverhandlung ergeben hat, ist in Kürze folgender. Am 23. Dec. 1885 hatte Dr. Dreypölcher die Dejour in der Справочная контора (Erkundigungsbüreau für vacante Betten in den Stadthospitälern). Um die Mittagszeit wurde ihm auf einer Bahre die schwerkranke, 70 Jahre alte T. aus dem Empfangszimmer des Obuchowhospitals gebracht, wo sie wegen Mangels an freien Plätzen keine Aufnahme hatte finden können. Die Untersuchung hat ergeben, dass die T. schon seit längerer Zeit krank, in den letzten Wochen aber bettlägerig gewesen; ihre Herrschaft, bei der sie als Kindermädchen diente, hatte schon mehrmals versucht sie im Hospitale unterzubringen, was aber wegen Ueberfüllung desselben bisher nicht möglich gewesen war. Am genannten Tage war sie wiederum hingebracht worden, und nachdem die Begleitung eine zeitlang gewartet hatte, ohne dass die Reihe der Aufnahme an ihre Kranke gekommen wäre, hatte sie sich davon gemacht, die Kranke allein und ohne ein warmes Kleidungsstück ihrem Schicksal überlassend. Dr. Dreypölcher fand, dass die Kranke sich im letzten Stadium der Schwindsucht befinde, jedoch nicht in einem Zustande, dass der Tod binnen wenigen Stunden zu erwarten gewesen wäre. Aus den ihm vorliegenden Berichten aller Stadthospitäler ersah er, dass in keiner einzigen der weiblichen Abtheilungen ein Bett frei sei. Trotzdem bemühte er sich der Kranken ein Unterkommen zu verschaffen und schickte sie unter Begleitung eines Hospitaldieners zur nächstgelegenen Polizeistation, damit sie in dem dabei befindlichen Krankenzimmer Aufnahme fände, bis in einem Hospitale ein Platz frei geworden. Von dort wurde sie zurückgeschickt, «weil sie nicht dorthin gehöre». Da die Kranke angab, sie habe keine Wohnung, so schickte Dr. D. sie zur Polizeistation desjenigen Stadttheils, in welchem sie zuletzt gelebt, indem er ihr einen Schein der Справочная контора mitgab, mit der Aufschrift «wegen schwerer Erkrankung» und Bemerkung: «kein Platz in den Hospitälern und kein Quartier». Trotzdem wurde die T. noch von 2 Polizeistationen abgewiesen; an diesem Tage herrschte strenge Kälte (—14—15° R.) und wehte ein eisiger Wind. Auf ihren Irrfahrten langte die Kranke dann schliesslich in halb erstarrtem Zustande Abends um 6½ Uhr im Alexander-Baracken-Hospitale an, wo sie aufgenommen wurde, aber schon eine Stunde nach der Aufnahme verstarb.

Zum besseren Verständniss dieser Sache müssen wir unseren Lesern, namentlich den auswärtigen, die mit den Petersburger Verhältnissen nicht so vertraut sind, einige hiesige Einrichtungen genauer schildern. Die der Krankenzahl, namentlich in den Wintermonaten durchaus nicht entsprechende Zahl von Betten in den Hospitälern ist ein altes, jahrelanges Leiden Petersburgs. Nur zu oft ist es vorgekommen, dass ein Kranker, oft bei strenger Kälte, von einem Hospitale in's andere gefahren und überall wegen Ueberfüllung zurückgewiesen wurde, was bei den grossen Entfernungen oft von Morgens früh bis Abends spät dauerte, bis er endlich nach 4 oder 5 vergeblichen Versuchen schliesslich doch noch Aufnahme fand, oder auch unverrichteter Sache nach Hause zurückkehren musste. Um diesem Uebelstande einigermaassen zu begegnen, wurde vor einigen Jahren die sogenannte Справочная контора eingerichtet, d. h. ein Central-Erkundigungsbüreau für vacante Plätze in den Hospitälern. Hier liefen jeden Morgen die Berichte aus allen Hospitälern ein, welche angaben, wie viele vacante Betten für Männer, wie viele für Frauen vorhanden seien; hierher sollten sich alle diejenigen wenden, welche eine Aufnahme in's Hospital wünschten und dabei sicher sein wollten, keine vergeblichen Fahrten zu unternehmen. Ein Arzt dejourirte daselbst und dirigirte die Kranken dorthin, wo er wusste, dass Betten frei stünden. Das war die Organisation dieses Erkundigungsbüreaus, und seine Thätigkeit, und die Berechtigung des dejourirenden Arztes, was wohl zu beachten ist. Weder konnte der dejourirende Arzt einen Kranken bei sich aufnehmen, da ihm dazu kein Bett zur Verfügung stand — das Büreau war eben nichts weiter als eine Canzellei — noch konnte er die Aufnahme in irgend einem anderen Hospitale anordnen, er konnte nur den Kranken mittheilen, wo sie einen freien Platz finden könnten und konnte sie durch den Vermerk «wegen schwerer Erkrankung» zur Aufnahme empfehlen, welcher Vermerk demnach nicht den Charakter einer Ordre, sondern nur den einer dringenden Bitte an sich trug. Bis zum Abend durfte er im Nothfalle einen schwer Erkrankten im Büreau liegen lassen, *über Nacht aber nicht*, das war gesetzlich verboten, wie Dr. Batalin, der Inspector der hauptstädtischen Medicinal-Verwaltung vor Gericht angegeben hat. Wie dem dejourirenden Arzte kein Bett zur Disposition stand, so auch keine anderen zur Versorgung eines Kranken nothwendigen Utensilien, namentlich also keine Wäsche und keine Kleidungsstücke. Seine ganze Macht bestand — wir wiederholen es nochmals — darin, den Kranken dorthin zu dirigiren, wo er voraussichtlich Platz finden würde. Bei der Einrichtung dieses Erkundigungsbüreaus kam es natürlich auch darauf an, dasselbe möglichst zweckentsprechend zu placiren; daher wurde es im Obuchow-Hospitale untergebracht, weil dieses das grösste Hospital ist, wohin ohnedies sich stets die grösste Zahl der Aufnahme wünschenden Kranken wendet, und weil es sich in einem Theile der Stadt befindet, wo die ärmere Bevölkerung am dichtesten lebt. Sonst bestand aber keinerlei Zusammenhang zwischen dem Hospitale und dem Erkundigungsbüreau, letzteres war eine vollständig selbständige Institution, die sich nur zufällig unter demselben Dache mit dem Hospitale befand. Wenn daher vielleicht Manche einen argen Verstoss des Dr. Dreypölcher gegen die Humanität darin gesehen haben, dass er als Ordinator des Obuchow-Hospitals während seiner Dejour eine schwer Kranke nicht aufgenommen, sondern fortgeschickt habe, so ist das ein schwerwiegender Irrthum. Dr. Dreypölcher fungirte an dem Tage nicht als Ordinator und nicht als Dejourant im Hospital, sondern im Erkundigungsbüreau, *konnte* als solcher überhaupt nicht *aufnehmen*, sondern nur Auskunft ertheilen.

Anders verhält es sich mit den Krankenlocalen bei den Polizeistationen. Diese berichten nicht an das Erkundigungsbüreau über etwaige freie Plätze, es sind auch nicht kleine Lazarethe, sondern nur für den Nothfall hergerichtete kleine Räume mit einigen wenigen Betten, aber mit allem versehen, was für die erste Hülfeleistung nothwendig ist. Wenn ein Kranker dorthin gebracht wird, so geschieht es auf's Gerathewohl. Vor Gericht machte Dr. Batalin die wichtige Mittheilung, die in diesen Krankenlocalen dejourirenden Feldscheerer hätten Befehl, Kranke, welche zur kalten Jahreszeit hingebracht, wegen Ueberfüllung aber nicht aufgenommen werden könnten, zum weiteren Transport *mit einer stets vorräthigen warmen Arrestantenkleidung zu versehen*, welche Kleidung nach Unterbringung des Kranken in einem Hospitale wieder zurückgebracht werde.

Aus Obigem ist ersichtlich, dass Dr. Dreypölcher überhaupt gar nicht im Stande war der Kranken die nöthige Hülfe zu leisten; weder hatte er selbst ein Bett zur Verfügung, noch hatte er das Recht ihre Aufnahme in irgend einem Hospitale anzuordnen, noch konnte er sie in ein anderes Hospital zur Aufnahme dirigiren, da nach den ihm vorliegenden Ausweisen nirgends ein freies Bett vorhanden war, Von einer *verweigerten* Hülfe kann daher gar keine Rede sein. Dr. Batalin hat freilich vor dem Gericht dahin ausgesagt, dass Dr. Dreypölcher völlig correct gehandelt haben würde, wenn er die Kranke bis zum Abend bei sich behalten und sich unterdessen bemüht hätte ihr ein Unterkommen zu verschaffen. Aber was wäre denn die Folge dieses correcten Verfahrens gewesen? Nichts anderes, als dass die Kranke ihre Irrfahrten mitten in der Nacht hätte antreten müssen. Und wenn er ihr das ersparen wollte, verdient das die Strafe der Verschickung? Er hätte sie ja auch in's Obuchow-Hospital zurückschicken können, wenn das nicht ein völlig nutzloses Hin- und Herschicken gewesen wäre, da sie ihm ja eben von dort her auf einer Bahre gebracht worden war, weil sie dort wegen Ueberfüllung keine Aufnahme finden konnte. Was sollte er denn nun eigentlich thun, um sich nicht dem Vorwurf der Pflichtversäumniss auszusetzen? Ein wesentlicher Vorwurf ist ihm ferner daraus gemacht worden, dass er die schwer Kranke in höchst ungenügender Kleidung bei strenger Kälte fortgeschickt habe. Wo sollte er denn aber die genügende Kleidung hernehmen, wo ihm rein nichts zur Verfügung stand, kein Tuch, kein Stück Flanell, geschweige denn ein Pelz oder Mantel? Trotzdem that er was in seinen Kräften stand; er schickte die Kranke zur zunächst gelegenen Polizeistation in der Hoffnung, dass sie dort wenigstens bis zum nächsten Tage würde bleiben können, bis zu welcher Zeit wohl irgendwo ein Bett würde freigeworden sein. Die Entfernung bis zur Polizeistation des Moskauer Stadttheils beträgt nur wenige hundert Schritt; dieser kurze Transport würde der Kranken schwerlich einen namhaften Schaden zugefügt haben. Wenn sie nun aber dort weder aufgenommen wurde, noch eine warme Kleidung erhielt, und es ihr ebenso auf den beiden anderen Polizeistationen erging, welche sie aufsuchte, obwohl warme Kleidung vorhanden war und der stricte Befehl vorlag, sie in solchen Fällen zu gebrauchen — ist denn das dem Dr. Dreypölcher zur Last zu legen?

Nach dieser Auseinandersetzung können wir es getrost jedem einzelnen unserer Leser überlassen sich selbst eine Meinung darüber zu bilden, ob der Dr. Dreypölcher in der That „schuldig" ist, durch Verweigerung seiner Hülfe und Hinausschicken der Kranken in Kälte und Wind den Tod derselben beschleunigt zu haben. Unserer

Ansicht nach, sieht dieses Verdict der Geschworenen einem Justizmorde so ähnlich, wie ein Ei dem anderen. Früher schlug man die Aerzte einfach todt, wenn die Cholera unter der Bevölkerung aufräumte; jetzt schlägt man sie moralisch todt, vernichtet ihre bürgerliche Existenz, beraubt sie der Ehre und Freiheit wenn — in den Hospitälern zu wenig Plätze vorhanden sind. Das Mittel ist in beiden Fällen gleich logisch, gleich gerecht, und gleich wirksam gegen das zu bekämpfende Uebel. Wir würden uns nicht sehr wundern, wenn nach einem solchen Wahrspruch der Geschworenen sämmtliche Ordinatore sämmtlicher Hospitäler Petersburgs sich in ihrer Existenz dermaassen gefährdet fühlten, dass sie *alle* den Dienst quittirten; denn jeder von ihnen kann jeden Tag in dieselbe peinliche Lage gerathen in der Dr. Dreypölcher sich befand, und wer wird sich dem aussetzen wollen eventuell verschickt zu werden, weil die Zahl der Kranken grösser ist, als die Zahl der Betten in den Hospitälern?

Die Verkündigung des Urtheils rief eine lebhafte Erregung unter dem anwesenden Publicum hervor, eine Erregung, die sich schon weit über die Wände des Gerichtssaales hinaus fortgepflanzt hat und immer grössere Wellen schlägt. Dann verlas der Präsident die weitere Verfügung des Bezirksgerichts, nach welcher das rechtskräftig gewordene Urtheil durch den Justizminister Sr. Majestät dem Kaiser mit dem Gesuch zu unterbreiten ist, die dem Dr. Dreypölcher zuerkannte Strafe in einmonatlichen Arrest auf der Hauptwache abändern zu wollen. Es ist offenbar, dass das Gericht zu seinem harten Urtheil durch das „Schuldig" der Geschworenen, entsprechend den klaren Strafbestimmungen des Gesetzes, gezwungen war, seiner eigenen Ueberzeugung aber in dem beschlossenen Gnadengesuch Ausdruck verliehen hat. Der Unterschied zwischen beiden ist so augenfällig, so vielsagend, so schlagend, dass wir uns füglich jeden weiteren Commentares enthalten können; nur eine Bemerkung wollen wir machen: *auch die allergelindeste Strafe ist viel zu hart wenn keine Schuld vorliegt.*

Das ist, was wir über den Fall Dreypölcher zu sagen hätten, doch können wir nicht schliessen, ohne einige Betrachtungen allgemeineren Charakters daran zu knüpfen, denn durch diesen Process ist nicht ein einzelner Mann geschädigt worden, es sind auch tiefliegende Schäden aufgedeckt und allgemeine Interessen verletzt worden. Dass solch' ein Process überhaupt *möglich* war, ist ein schlimmes Zeichen der Zeit, wenn er aber gar so entschieden werden konnte, wie dieser entschieden worden ist, so werden damit aller Zügellosigkeit, allem Nihilismus in Betreff der schuldigen Achtung einem ganzen respectablen und schwer belasteten Stande gegenüber Thür und Thor geöffnet. In früheren Zeiten wäre dergleichen gar nicht denkbar gewesen. Früher beruhte das Verhältniss zwischen Arzt und Publicum auf Vertrauen und Achtung. Der Arzt brachte dem Publicum seine stete Hülfsbereitschaft bei Tage und bei Nacht, bei gutem und bei schlechtem Wetter, in gefährlichen Epidemien, bei guten und bei geschwächten Kräften, bei guter und bei schwankender Gesundheit, den Reichen und den Armen. Das Publicum aber lohnte dem Arzte damit, dass es ihm Vertrauen erwies, ihn unter allen Umständen für eine Respectsperson hielt und demgemäss behandelte, Nachsicht hatte mit seinen Schwächen und seine aufreibende Thätigkeit als Entschuldigung gelten liess, wenn es ihn einmal nicht bei guter Laune traf. Freilich existirte ein Gesetzespunct, welcher vom Arzte verlangte jedem dringenden Hülferuf sofort Folge zu leisten, aber Niemand fragte danach ob ein solches Gesetz existire oder nicht, da Jedermann von jedem anständigen Arzte voraussetzte, dass er auch ohne solches Gesetz ebenso handeln würde. Aber — tempi passati! An Stelle des früheren Vertrauensverhältnisses ist ein Misstrauensverhältniss getreten; man lauert dem Arzte auf, man sucht ihn zu verkleinern, schlecht zu machen, es macht sich eine gewisse Sucht bemerkbar dem Arzte wo irgend möglich was am Zeuge zu flicken. Und der Arzt? Nun, der wird natürlich auch allmälig misstrauisch, er misst ängstlich seine Schritte und Worte ab, ist auf seine Sicherheit bedacht. Denn er sieht sich mehr und mehr aus der Stellung eines Vertrauensmannes und Berathers der Familie zu der Stellung eines Gesundheitsbeamten herabgedrückt. Wir sagen absichtlich herabgedrückt, denn seine Stellung basirt immer weniger auf Vertrauen und Achtung, und immer mehr auf Gesetzesparagraphen. Der Mensch und sein Gemüth kommt immer weniger in Betracht, der Verkehr mit dem Publicum wird immer weniger ein herzlicher und immer mehr ein geschäftlicher. Das immer mehr anwachsende Specialistenthum hat nicht wenig zu dieser Entwickelung beigetragen. Wenn man aber nun gar anfängt die Aerzte wie gemeine Verbrecher zu behandeln, ihnen zur Last legt, was die Ungunst der Verhältnisse verschuldet, jeden Unglücksfall der ihnen zustösst für ein Criminalverbrechen ausgiebt etc. — ja, dann ist es mit dem Vertrauensverhältniss allerdings für alle Zeiten vorbei. Es sind ja in letzter Zeit mehrfach Fälle vorgekommen, wo Aerzte, und zwar berühmte Aerzte criminaliter verklagt worden sind, weil ihnen das Unglück eines Chloroformtodes zustiess. Giebt es denn wirklich Leute, die da glauben, ein Mensch werde zur fühllosen Bestie dadurch, dass er den Doctortitel erhält? Kann man sich das gar nicht vorstellen, dass ein Arzt durch solch' einen Unglücksfall härter betroffen wird, als durch irgend eine Strafe, die ihm dictirt werden könnte? Hat man das Beispiel ganz vergessen, wo ein namhafter Chirurg, dem das Unglück begegnete eine Patientin durch Cocain zu vergiften, darüber in solche Verzweiflung gerieth, dass er nichts anderes zu thun wusste, als sich eine Kugel durch den Kopf zu jagen? Und nun die Bettenfrage in den Hospitälern. Das ist ein uraltes Uebel in Petersburg, dass die vorhandene Bettenzahl dem vorhandenen Bedürfniss nicht entspricht, ein Uebel, über welches Niemand mehr und beständiger geklagt hat, als die Aerzte, ein Uebel, unter dem, nächst den abgewiesenen Patienten, Niemand mehr gelitten hat als die Aerzte. Glaubt man denn wirklich, dass es so leicht sei, das Elend beständig vor sich zu sehen ohne Abhülfe schaffen zu können? Wenn die Kranken zu Zeiten schwerer Epidemien zu Dutzenden auf der Strasse lagen vor der Hospitalsthüre, die sich für sie nicht öffnen konnte und so Manche von ihnen auch auf der Strasse starben, — war dieser Anblick vielleicht ein Hochgenuss für die Aerzte? Und wenn nun ein Arzt wieder in die peinliche Lage geräth einer schwer Kranken in keinem Hospitale Unterkommen schaffen zu können, so wird er criminaliter verklagt, aber nicht nur verklagt, sondern auch verurtheilt! Wem glaubt man wohl damit zu nützen? Sicherlich nützt man Niemandem damit, sondern fügt beiden Theilen, Aerzten wie Publicum erheblichen Schaden zu. Bei uns giebt es wahrhaftig noch genug öffentliche Misère zu saniren und eine erfolgreiche Bekämpfung der vorhandenen Uebelstände kann nur dann in Angriff genommen werden, wenn Alle, Regierung und Regierungsinstitutionen, Aerzte und Publicum einmüthig zusammenstehen und gemeinsam Hand ans Werk legen. Indem man aber Misstrauen säet, das schon vorhandene Misstrauen hegt und fördert, Achtung und Vertrauen untergräbt, so richtet man damit Schaden und nur Schaden an. Es ist ja nicht so schwer sich eine billige Popularität zu erjagen, indem man das hohe Ross der Humanität besteigt und über die Grausamkeit der Aerzte wettert, die schlimmer sind, als die Henker — die tägliche Arbeit der Aerzte ist schwerer — aber was sind die Folgen solchen Gebahrens? Im Publicum wird die Meinung befestigt, dass Raum für alle Kranken vorhanden ist, dass jeder Kranke aufgenommen werden *kann*, wenn der Arzt nur *will*, — denn sonst hätte der Dr. Dreypölcher doch nicht verurtheilt werden können, das rein Unmögliche kann man ja doch von Niemand verlangen. Der gemeine Mann aber wird sagen: ich muss in jedem Falle aufgenommen werden, wenn ich will, und wenn man mich mit der Ausrede abspeisen will, es sei kein Platz vorhanden, so brauche ich ja nur mit Sibirien zu drohen und man wird mir schon den Willen thun. Das sind wahrhaft traurige Zustände!

Es ist uns mitgetheilt worden — für die Wahrheit des Gehörten können wir uns nicht unbedingt verbürgen — der Untersuchungsrichter habe gesagt, er werde alles aufbieten den Fall zur gerichtlichen Verhandlung zu bringen um dadurch die herrschenden Uebelstände recht an's helle Tageslicht zu ziehen, dann würde man sich ernstlich um deren Beseitigung bemühen. So sehr wir mit dem erstrebten Zwecke einverstanden sind und mit den Motiven sympathisiren, so wenig können wir dasselbe von dem angewandten Mittel sagen, denn wir billigen nicht und werden niemals billigen den Satz: der Zweck heiligt die Mittel. Gesetzt den Fall, der Beklagte war unschuldig und wurde ausserdem freigesprochen, so wäre er doch in seiner Ehre geschädigt worden, ein Unrecht wäre ihm auch in diesem Falle geschehen. Die Praxis unserer Geschworenen-Gerichte ist eine derartige, dass ihr freisprechendes Verdict nicht die Bedeutung hat: „unschuldig", sondern nur die Bedeutung „nicht straffällig", denn es sind schon so manche offenbare und geständige Diebe, Einbrecher und Mörder einfach freigesprochen worden, während sie doch ohne Zweifel gestohlen und gemordet hatten. Ein freisprechendes Verdict der Geschworenen hat also eine Wiederherstellung der Ehre ad integrum nicht zur nothwendigen Folge, und so hätte man von Dr. Dreypölcher, auch wenn er freigesprochen wäre, doch immer sagen können: er war ja offenbar schuldig, aber die Geschworenen haben ihm verziehen — wie das schon so oft gesagt worden ist; der Makel, vor Gericht gestanden zu haben, blieb an ihm haften. Wenn nun der Untersuchungsrichter alles aufgeboten haben sollte, den Fall an's Gericht zu bringen, nicht weil er von der Schuld des Angeklagten fest überzeugt gewesen, sondern um gewisse Uebelstände an's Licht zu ziehen, so würde er damit den Satz von sehr zweifelhaftem Werthe: fiat justitia, pereat mundus, umgekehrt haben in den Satz: fiat injustitia, crescat salus mundi! eine Umkehrung, die nicht zulässig ist, am wenigsten bei einem Juristen.

Zum Schluss noch ein kurzes Wort. Es ist schon früher einige Male die Idee aufgetaucht, einen Rechtsschutzverein für Aerzte, wie sie im Auslande schon vielfach existiren, auch hier zu gründen, hat aber bisher stets eine ziemlich laue Aufnahme gefunden. Wir machen diesen Vorschlag jetzt allen Ernstes, und glauben, dass der Fall Dreypölcher die Nothwendigkeit eines solchen Vereines recht deutlich demonstrire. Wenn die Gesellschaft sich uns feindselig gegenüberstellen will, so wird es wohl an der Zeit sein sich zur Vertheidigung zu rüsten. Wir ersuchen die hiesigen ärztlichen Vereine diesen Vorschlag in Erwägung zu ziehen und bitten unsere Collegen von der Presse ihm auch in ihren Blättern weitere Verbreitung geben zu wollen.

H.

Vermischtes.

— Am 13. Januar beging das Marien-Magdalenen-Hospital *das 25jährige Jubiläum Dr. Lingens* als Oberarzt desselben. Der geringe Personalbestand dieses kleinsten der hiesigen Stadthospitäler konnte natürlich nichts Imposantes in Bezug auf Zahl der Gratulanten und äusseren Werth der dem Jubilar dargebrachten Andenken bieten, aber Jeder der Theilnehmer empfand es auf's Zweifelloseste,

dass jedes Wort des Dankes und der Hochachtung, das dem verehrten Oberarzte gesagt wurde, aus einem unbedingt wahren Herzen kam, gleichviel ob der Sprecher Excellenz war oder ein Feldscheer. Am frühen Morgen sangen die Waisenkinder des Petri-Waisenhauses Choräle. Dann waren als erste Gratulanten sämmtliche Feldscheer da, die ihre Portraits in einer photographischen Gruppe brachten, wobei der Sprecher es betonte, dass die ihnen erwiesene väterliche Güte Dr. Lingens ihnen den Muth gegeben ein Geschenk zu bringen, das nur Kinder ihrem Vater bringen dürfen. Die Mitglieder des Comptoirs gaben in einer Adresse in den wärmsten Worten ihren Gefühlen Ausdruck; im Namen der Aerzte, von denen keiner fehlte, sprach Dr. Bary und im Namen des wirklichen Dienstpersonals die älteste Aufseherin. Waren die Formen der einzelnen Reden auch verschieden, der Inhalt war immer der gleiche: Dank, Liebe und dringende Hoffnung, dass der verehrte Jubilar dem Hospitale in gleicher Rüstigkeit des Körpers und Frische des Geistes noch lange erhalten bliebe.

Um 11 Uhr war das ganze Personal in der Hospitalkirche versammelt, wo der Geistliche die kirchliche Feier einleitete mit den Worten, dass vor 25 Jahren an dieser selben Stätte die Thätigkeit Dr. Lingens mit einem Gebet begonnen sei, und dass dieses Gebet erhört worden sei, denn ein Viertel-Jahrhundert in diesem selbstaufopfernden Berufe ungeschwächt schaffen zu können, dass könne man nicht aus eigner Kraft. Den Vormittag über erschienen in der Wohnung des Jubilars viele Collegen und Freunde desselben und nach 4 Uhr die Sanitätscommission mit ihrem Präsidenten, Herrn Ratkow-Roshnow an der Spitze. Die an diesem Tage stattfindende Versammlung der Duma hatte ihr ein früheres Erscheinen unmöglich gemacht. Sie brachte die Glückwünsche der Stadtverwaltung und das Geschenk derselben, die Summe von 2000 Rbl.

Zum Abend hatte der Jubilar sämmtliche Hospitalcollegen zu einer Bowle zu sich eingeladen; da fehlte auch fast keiner, und als kurz vor Mitternacht das Gaudeamus gesungen wurde, hätte der letzte Vers ruhig wegbleiben können, denn von tristitia war da keine Rede, es herrschten daselbst nur dieselben Empfindungen, die den Tag eingeleitet hatten, die Empfindungen der Freude und des herzlichen Wunsches, dass die Leitung des Marien-Magdalenen-Hospitals dieselbe bleiben möge, wahrhaftig zum Besten dieser Pflanzstätte der Humanität und Wissenschaft.

— Am 23. December 1887 vollendeten sich 25 Jahre seit der Zeit, wo Prof. A. Krassowski, Director der hiesigen Entbindungsanstalt in der Nadeshdinskaja, seine erste gelungene Ovariotomie ausführte. In dieser Veranlassung wurde ihm von den Aerzten der Entbindungsanstalt eine Ovation bereitet.

— Professor S. P. Botkin ist von der Pariser medicinischen Academie zum correspondirenden Mitgliede gewählt worden.

— In Charkow feiern in nächster Zeit zwei medicinische Professoren der dortigen Universität ihr Jubiläum und zwar der Professor der Chirurgie, Geheimrath Dr. Wilh. Grube, am 17. Januar das *35-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit* und am 10. Februar der Professor der therapeutischen Klinik, wirkl. Staatsrath Dr. Valerian Laschkewitsch, sein *25-jähriges Dienstjubiläum.*

— Der *Wiederbeginn der Vorlesungen an den russischen Universitäten*, welche im vorigen Semester wegen der Studentenunruhen vorzeitig geschlossen wurden, ist auf den März-Monat hinausgeschoben. Auch die eingestellten Examina sollen ebenfalls dann erst wieder aufgenommen werden.

— Dem Oberarzt des Kiewschen Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Schönfeld, ist von der französischen Academie der Titel eines «Officier d'Académie» verliehen worden, welcher zum Tragen eines besonderen Abzeichens berechtigt.

— *Verstorben*: 1) Am 22. December 1887 in Jaroslaw der dortige Gouvernements-Medicinal-Inspector, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Schaitanow im 73. Lebensjahre am Magenkrebs. Nach Beendigung seiner medicinischen Studien an der Moskauer Universität im Jahre 1841 wurde Sch. Militärarzt. Hierauf fungirte er einige Jahre als Gouvernementsarzt bei den Domänenhöfen in Olonez und Kaluga. Im Jahre 1869 wurde Sch., nachdem er die Doctorwürde erlangt hatte, zum Medicinal-Inspector des Jaroslawschen Gouvernements ernannt, in welcher Stellung er bis zu seinem Lebensende blieb. Der Dahingeschiedene erfreute sich hoher Achtung und Liebe sowohl bei seinen Patienten als auch bei den Collegen. 2) In Mlawa (Gouv. Plozk) der dortige Kreisarzt Ssawari. 3) Der Oberarzt des I. Cavall.-Reg. des Kubanschen Kosakenheeres Sferin. 4) In Wien der ausserord. Professor der Dermatologie und Syphilis an der dortigen Universität, Dr. Gustav Wertheim im 67. Lebensjahre. Der Verstorbene hat auf den verschiedensten Gebieten der Medicin Hervorragendes geleistet.

— Professor Titus Vanzetti, dessen Tod wir in der vorigen № dieser Wochenschrift meldeten, hat auch längere Zeit in Russland gelebt und hieselbst als Professor und Arzt gewirkt. Nachdem V. in Padua seine medicinischen Studien absolvirt und dann noch zwei Jahre in Wien zur weiteren Vervollkommnung studirt hatte, wurde er Hausarzt der Familie Naryschkin in Russland. Im Jahre 1837 erhielt er die Doctorwürde in Charkow und bald darauf die Professur der Chirurgie an der Charkowschen Universität. Dort gab er im Jahre 1846 die «Annales scholae clinicae chirurgicae caesareae universitatis charcoviensis» heraus. Im Jahre 1853 wurde er auf den Lehrstuhl der Chirurgie in seiner Vaterstadt Padua berufen, auf welchem er bis 1884 wirkte. Vanzetti hat auch das Verdienst, die erste Ovariotomie in Russland im Jahre 1848 ausgeführt zu haben.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 10. Januar c. 6010 (242 mehr als in der Vorwoche), darunter 651 Typhus- (26 mehr), 761 Syphilis- (57 mehr), 65 Scharlach- (13 mehr) und 4 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

— Die *Cholera in Valparaiso* (Chile) ist in Zunahme begriffen; es sollen täglich mehr als 100 Erkrankungen vorkommen. In *Lima*, der Hauptstadt von Peru, sind nach dem Bericht eines dortigen Arztes vom 15. November 1887 bis 1. Januar d. J. 1283 Personen an der Cholera erkrankt und 644 von ihnen gestorben.

— In *Berlin* erregen drei in verhältnissmässig kurzer Zeit aufeinander erfolgte *Todesfälle von Frauen praktischer Aerzte am Kindbettfieber* Aufsehen und allgemeine Theilnahme. Man ist dort geneigt, dieselben auf die gegenwärtig daselbst herrschenden Scharlach-, Masern- und Diphtherie-Epidemien zurückzuführen, welche die Gelegenheit abgeben, dass die Aerzte, trotz aller Vorsicht, ihren Wöchnerinnen Ansteckungsstoffe zutragen. (A. m. C.-Ztg.)

— In *Gotha* hat am 11. Januar d. J. bereits die 500. Leichenverbrennung stattgefunden.

— Für das projectirte Pasteur'sche *Institut in Paris* sind bereits über 2 Millionen Francs gesammelt worden.

— Aus *Blankenfelde* wird über ein zur Zeit sich dort aufhaltendes *junges 14jähriges Mädchen* berichtet, welches ein Körpergewicht von 186 Pfund haben soll. Dasselbe soll in Folge der Fettleibigkeit so unbehülflich sein, dass es sich nicht allein fortbewegen kann und immer einer Führung bedarf. (A. m. C.-Ztg.)

— Der diesjährige *V. Congress polnischer Aerzte und Naturforscher* wird zu Ende des Mai-Monats in *Lemberg* stattfinden.

— Dem Vernehmen nach beabsichtigt der *Municipalrath von Paris* auf den von ihm gegründeten *Lehrstuhl für Biologie* einen englischen Darwinianer zu berufen, weil angeblich kein hinlänglich bedeutender französischer Gelehrter für dieses Fach ausfindig zu machen ist. Wie der «Allg. med. Central-Ztg.» mitgetheilt wird, haben auch schon Unterhandlungen mit Prof. Ray Lankester und den Herren George Romanes und Grant Allen stattgefunden.

— Noch hat der von Dr. Scheurlen *entdeckte Krebsbacillus* in der Wissenschaft nicht die nöthige Anerkennung gefunden, da wird schon Scheurlen die Priorität dieser Entdeckung streitig gemacht. So beansprucht der bekannte Entdecker des Gelb-Fieber-Mikroben, Prof. Dr. Domingo Freire in Brasilien, die Priorität der in Rede stehenden Entdeckung, welche er bereits im Anfang des Jahres 1877 in einer Abhandlung über den Charakter des Krebses mitgetheilt haben will. Ebenso behauptet der Franzose, Dr. Rappin, dass ihm schon vor mehr als einem Jahre die Entdeckung des Krebsbacillus geglückt sein soll. Auch noch ein dritter, Dr. Ledoux-Lebard, macht seine Prioritätsrechte in Bezug auf den Krebsbacillus geltend.

— Wie ein Arzt in Deutschland sich gegen die Ausbeutung seiner ärztlichen Leistungen zu schützen versucht, geht aus nachstehender im «Odenwälder Boten» publicirten «Bekanntmachung» eines Dr. F. in Gross-U.... hervor:

«Den Bewohnern Gross-U....'s bemerke ich: 1) Familien gegenüber, welche ohne vorhergegangene Rücksprache mit mir anderweitig ärztliche Hilfe gesucht haben, werde ich in Zukunft den 4fachen Betrag der Maximaltaxe in Anrechnung bringen, oder — selbst in dringenden Fällen — Hilfe verweigern; 2) Familien gegenüber, welche versäumen, aus eigenen Mitteln die Gebühren für Dienstboten, Lehrlinge, Gesellen oder sonst in der Haushaltung oder im Geschäft thätige Personen etc. zu entrichten resp. für die Zahlung der Gebühren besorgt zu sein, werde ich in Zukunft in allen Fällen (auch in den dringendsten) ärztliche Hülfe für derartige Personen verweigern; 3) werde ich Hülfe verweigern solchen Familien, welche (obgleich zahlungsfähig) ihre früheren Gebühren nicht entrichtet haben». [Bei uns würde eine derartige Bekanntmachung zum Schutz der leider noch vielfach geübten Exploitation der ärztlichen Leistungen den Arzt in Conflict mit dem Strafgesetz bringen, da in Russland der leidige Berufszwang für den Arzt ja noch existirt. Einen Zwang zur ärztlichen Hülfeleistung haben die Aerzte in Deutschland nicht, denn der berüchtigte Paragraph des deutschen Strafgesetzes, nach welchem «Medicinalpersonen, die in Fällen einer dringenden Gefahr ohne hinreichende Ursache ihre Hülfe verweigern, mit 20—500 Thlrn. bestraft werden sollen», ist durch die Novelle zur deutschen Gewerbeordnung bekanntlich aufgehoben worden. Die staatliche Beaufsichtigung der ärztlichen Berufspflichten wurde bereits i. J. 1840 durch Beschluss des Staatsraths für Preussen verneint]. Bf.

— In England sind neuerdings eingehende Ermittelungen über die *Sterblichkeit der Männer verschiedener Berufsarten* angestellt worden. Die geringste Sterblichkeit entfällt auf die Geistlichen, indem von je 1000 in den Jahren 1880 bis 1882 durchschnittlich nur 8,60 im Alter von 25 bis 65 Jahren starben. Dann folgen die Gärtner mit 9,27, die Landwirthe und Viehzüchter mit 9,76, die landwirthschaftlichen Arbeiter mit 10,84, die Arbeiter in Papier- und Strumpfwaarenfabriken mit 11,09, die Lehrer und Erzieher mit 11,12, die Stellmacher mit 11,90, die Kohlenhändler mit 11,93, die Schiffbauer mit 11,99, die Fischer mit 12,33, die Zimmerer und Bautischler mit 12,69, die Buch- und Schreibmaterialienhändler mit

21,73 und die Bergleute in Eisenbergwerken mit 12,90. Bei den meisten anderen Berufsarten schwankt die jährliche Sterblichkeit der Männer zwischen 13 und 20%. Mehr als 20% beträgt sie bei den Stromschiffern mit 20,19, bei den Musikern mit 20,33, bei den Brauern mit 21,06, den Verkehrsbeamten aller Art mit 22,93, den Schornsteinfegern mit 23,50, den Schankwirthen und Restaurateuren mit 23,53, den Boten, Portiers, Wächtern etc. mit 24,21, den Bergleuten in Cornwall mit 28,45, den Obsthändlern und Strassenverkäufern aller Art mit 29,07, den Arbeitern in London mit 31,25 und endlich den Kellnern und Hausdienern in Restaurants und Hôtels mit 34,11 im Alter von 25—65 Jahren Gestorbenen auf 1000 Berufsthätige. Bei den Advocaten ist die Sterblichkeit mit 13,03 ziemlich niedrig, hoch dagegen schon mit 17,63 *bei den Aerzten.*

(Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— **Berichtigung.** In № 1 a. c. dieser Wochenschrift pag. 10, zweite Spalte unter dem Abschnitt 4 auf der 15. Zeile dieses Abschnittes muss es heissen: Anfangs *nicht* mit Fieber, statt: Anfangs mit Fieber. — Ebenda drei Zeilen weiter muss es heissen: *und* dass statt: so dass.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 3. bis 9. Januar 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
295	258	553	108	44	72	15	8	17	61	52	53	50	35	26	12	—

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 3, Masern 16, Scharlach 6, Diphtherie 9, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie u. Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 25.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 215 192	25.—31. Dec.	2326	28,7	—	1882	23,3
Paris	2 260 945	25.—31. Dec.	1301	29,9	71	1070	24,8
Brüssel	177 568	18.—24. Dec.	99	29,2	4	74	21,7
Stockholm	216 807	18.—24. Dec.	140	33,5	9	90	21,6
Kopenhagen	290 000	28. Dec.-3. Jan.	209	37,4	5	152	27,2
Berlin	1 376 389	25.—31. Dec.	831	31,4	37	502	19,0
Wien	790 381	25.—31. Dec.	517	34,0	27	350	23,0
Pest	438 865	18.—24. Dec.	289	34,2	29	255	25,6
Warschau	439 174	18.—24. Dec.	222	25,8	18	202	23,9
Odessa	251 400	25.—31. Dec.	—	—	8	124	25,6
St. Petersburg	**861 303**	**1.—7. Jan.**	**510**	**30,[illegible]**	**22**	**516**	**31,2**

☛ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 19. Januar 1888.** Tagesordnung: Prof. Dr. Bidder: Wiederholte Laparotomie bei Haematometra lateralis.

☛ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. Februar 1888.**

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. L. v. HOLST, St. Petersburg. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten.

№ 4. **St. Petersburg, 23. Januar (4. Februar)** **1888.**

Mittheilungen aus der Cur- und Wasserheilanstalt Sassenhof bei Riga.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.)

Von

Dr. med. Christoph von Schröder.

I. Bericht über die Thätigkeit der Anstalt von 1883 bis 1887.

Meine Herren! Vor zwei Jahren hatte ich die Ehre an dieser Stelle Ihnen über die Thätigkeit meiner Anstalt Bericht abzustatten, und zwar über einen Zeitraum von zwei Jahren. Es sind nun wiederum zwei Jahre verflossen: im Ganzen vier Jahre seit Eröffnung der Anstalt; und ich halte es darum für meine Pflicht, Ihnen wiederum einen kurzen Bericht vorzulegen.

Da ich nicht voraussetzen kann, dass der vorige Anstaltsbericht und die mit demselben verbundene Krankenstatistik Ihnen gegenwärtig sei, so erlaube ich mir Ihnen einige Zahlen desselben in's Gedächtniss zurückzurufen.

Vom 28. Sept. 1883 bis zum 28. Sept. 1885 wurden im Ganzen in die Anstalt aufgenommen 211 Personen. Von diesen waren Männer 163 resp. 77 %, Frauen 48 resp. 23 %. Es kamen auf die Stadt Riga 126 oder 60 %, auf das übrige Livland 39 oder 18 %, auf Kurland 27 oder 13 %, auf Estland 2 oder 1 %, auf das Reich 17 oder 8 %.

Abzüglich 6 begleitende Personen wurden von diesen notirt: als geheilt 77 oder 38 % gebessert 78 oder 38 %, ungebessert 50 oder 24 %. Hierbei sind sämmtliche in's Protocoll eingetragene Aufnahmen berücksichtigt.

Vom 28. Sept. 1885 bis zum 28. Sept. 1887 wurden im Ganzen aufgenommen 196 Personen. Von diesen waren Männer 149 oder 76 %, Frauen 47 oder 24 %. Es kamen auf die Stadt Riga 89 oder 45 %, auf das übrige Livland 42 oder 22 %, auf Kurland 29 oder 15 %, auf Estland 3 oder 2 %, auf das Reich 33 oder 16 %.

Ein Vergleich dieser Zahlen ergiebt:

	von 1883—1885	von 1885—1887
Männer	163 = 77 %	149 = 76 %
Frauen	48 = 23 %	47 = 24 %
	211	196

Das Verhältniss der männlichen Aufnahmen zu den weiblichen erscheint als ein constantes.

Die Vergleichung der Hingehörigkeit ergiebt:

Es kamen	von 1883—1885	von 1885—1887
auf die Stadt Riga .	126 = 60 %	89 = 45 %
» das übrige Livland	39 = 18 %	42 = 22 %
» Kurland	27 = 13 %	29 = 15 %
» Estland	2 = 1 %	3 = 2 %
» das Reich	17 = 8 %	33 = 16 %
Zusammen	211	196

Von 1883 bis 1885 waren im Ganzen verzeichnet 8616 Pflegetage
» 1885 » 1887 sind » » 9950 »
mehr 1334 »

Obschon die Zahl der Aufnahmen im zweiten Biennium eine geringere ist, als im ersten, 196 Aufnahmen gegen 211, so ist doch die Anzahl der Pflegetage gestiegen, und zwar betrug die tägliche Durchschnittsfrequenz der Anstalt, d. h. es waren Kranke in der Anstalt täglich:

von 1883 bis 1885 . . . 11,80 Kranke
» 1885 » 1887 . . . 13,63 »

Die durchschnittliche Curdauer betrug

von 1883 bis 1885 . . . 41,3 Tage
» 1885 » 1887 . . . 50,6 »

Die Frequenz der Anstalt ist, wie aus diesen Zahlen hervorgeht, in erfreulicher Weise gestiegen.

Dass auch im 2. Biennium die durchschnittliche Curdauer, die Zeit, die ein Pat. durchschnittlich in der Anstalt verbrachte, gestiegen ist und zwar ziemlich stark, ist, wie ich später zeigen werde, auch von Wichtigkeit und zwar für den therapeutischen Erfolg.

Wenn ich nun zu einer genaueren Statistik der Krankenbewegung und zu einer genaueren Beleuchtung der therapeutischen Resultate übergehe, so fürchte ich, Ihre Geduld zu sehr zu ermüden, wenn ich die verhältnissmässig kleinen Zahlen der einzelnen Krankheitsgruppen im ersten und im zweiten Biennium einander gegenüberstelle.

Ich glaube, Ihnen in die eigenartige Thätigkeit der Anstalt einen besseren Einblick geben zu können — und darauf kommt es mir in erster Linie an — wenn ich über die zur Beobachtung gekommenen Krankheitsfälle und die therapeutischen Resultate der vier verflossenen Jahre in toto berichte.

Ich glaube dazu umsomehr berechtigt zu sein, als mit wachsender Erfahrung auch die Gesichtspuncte der Darstellung sich naturgemäss geändert haben; wie ich hoffe nicht zum Schaden der Uebersichtlichkeit.

Sodann mussten aus verschiedenen Gründen Aenderungen an der Darstellung der Resultate der ersten zwei Jahre gemacht werden; wodurch, da es sich um Zahlen und Procentsätze handelt, eine genaue Vergleichung der Resultate des ersten und des zweiten Bienniums ohne Zwang anzuthun nicht mehr möglich ist.

Aus diesen Gründen fasse ich die verflossenen vier ersten Anstaltsjahre zusammen und will versuchen, Ihnen ein möglichst klares und kurzes Bild der Anstaltsthätigkeit zu geben.

Bringen wir von der Gesammtsumme der 407 Personen, welche vom 28. Sept. 1883 bis zum 28. Sept. 1887 in die Anstalt aufgenommen wurden, in Abzug 3 Personen, welche nur als Begleiter von Curgästen in die Anstalt kamen (später sind dieselben nicht mehr in's Protocoll eingetragen), so ergiebt sich folgendes als Gesammtresultat:

Summa	geheilt	gebessert	ungebessert
404	189 oder 47%	117 oder 29%	98 oder 24%

Hierbei sind sämmtliche in's Protocoll eingetragene Aufnahmen berücksichtigt.

Ordnen wir die zur Beobachtung gekommenen Krankheitsfälle nach Gruppen und notiren wir bei jeder Gruppe, wieviel geheilt, gebessert und ungebessert blieben, so erhalten wir folgende Tabelle:

Gruppe	Krankheiten	geheilt	gebessert	ungebess.	Summa
I.	Der Lungen und des Herzens	6	12	16	32
II.	Der Verdauungsorgane	27	7	8	42
III.	Des Nervensystems	64	56	57	177
IV.	Rheumatismus	33	9	6	48
V.	Der Harn- und Geschlechtsorgane	7	5	3	15
VI.	Allg. Ernährungsstörungen, Dyskrasien, chronische Intoxicationen	22	15	5	42
VII.	Schwächezustände, hygienische Curen, Reconvalescenz	30	13	3	46
	Zusammen	189	117	98	404

Bevor ich an die genauere Aufzählung der vorgekommenen Krankheitsformen gebe, möchte ich noch bemerken, dass das eben gegebene Gesammtresultat zweier Correcturen bedarf.

Die erste Correctur bezieht sich auf die Menge der Ungebesserten. Es könnte auffallend erscheinen, dass der vierte Theil aller Curgäste ohne Nutzen die Anstalt verlassen hat. Dem ist nicht so.

Die Zahl der aus der Anstalt als ungeheilt Entlassenen war mit 98 oder 24% notirt. Es muss hierzu bemerkt werden, dass ein nicht kleiner Theil dieser Kranken in Wahrheit überhaupt keiner Behandlung unterlag und unterliegen konnte, da er sich aus Unheilbaren resp. Besserungsunfähigen und aus solchen Personen zusammensetzt, welche die Anstalt verliessen, entweder nach sehr kurzer Behandlungsdauer oder ehe überhaupt eine Behandlung eingeleitet werden konnte; oder nach anderen Orten transferirt wurden, als nicht in der Anstalt behandelbar. Als unheilbar mussten gelten und brachen meist bald die Cur ab 9 Fälle (Carcinoma mediastini 2, Sarcoma pulmon. 1, Circul. Irresein 1, Hirnabscess 1, Tumor cerebri 3, Dementia paralytica vorgeschritten 1).

Es blieben nur 7 oder noch weniger Tage in der Anstalt 17 Fälle (3 Herzkranke, 9 Nervenkranke, 1 Rheumatismus, 2 Cystitis chron., 1 Marasm. senil., 1 Intermittens).

Transferirt wurden als nicht in die Anstalt gehörig 4 Fälle (3 Dementia, 1 Mania). Zusammen 30 Fälle, welche von der Zahl der 98 Ungebesserten in Abzug gebracht werden müssen.

Das Gesammtresultat ändert sich wie folgt:

Summa	geheilt	gebessert	ungebessert
374	189 oder 51%	117 oder 31%	68 oder 18%

Die Gruppentabelle ändert sich wie folgt:

Gruppe	Krankheiten	geheilt	%	gebess.	%	ungeb.	%	Summa
I.	Der Lungen und des Herzens	6	21	12	43	10	36	28
II.	Der Verdauungsorgane	27	64	7	17	8	19	42
III.	Des Nervensystems	64	41	56	35	38	24	158
IV.	Rheumatismus	33	70	9	19	5	11	47
V.	Der Harn- und Geschlechtsorgane	7	54	5	38	1	8	13
VI.	Allg. Ernährungsstörungen, Dyskrasien, chron. Intoxicationen	22	55	15	38	3	7	40
VII.	Schwächezustände, hygienische Curen	30	65	13	28	3	7	46
	Zusammen	189	51	117	31	68	18	374

Die zweite Correctur bezieht sich auf die Geheilten. Die Hälfte sämmtlicher Kranken geheilt, wo es sich doch um lauter chronische Krankheitsfälle handelt —, das bedarf vielleicht auch einer Erklärung.

Die Erklärung liegt zum Theil darin, dass die der Gruppe VII angehörenden Kranken der Heilung eine ganz besonders günstige Chance darboten, was sich aus der Eigenthümlichkeit der sie zusammensetzenden Curgäste erklärt. Die Gruppe VII nimmt gegenüber den 6 anderen Krankheitsgruppen eine besondere Stellung ein.

Sie stellte ein recht bedeutendes Contingent von Curgästen und enthält 1) Reconvalescenten, welche erst in der Anstalt zur vollen Kräftigung kamen; 2) Personen, welche die Cur in der Anstalt zur allgemeinen Kräftigung brauchten. Diese letzteren zerfielen wiederum in 2 Reihen. Die erste Reihe von Curgästen bot zwar Krankheitssymptome dar (und oft auch recht schwere), war aber von ihren Aerzten nicht dieser Krankheitssymptome wegen und ihrer Behandlung in die Anstalt geschickt worden, sondern sie stellte an die Anstalt blos die Forderung einer allgemeinen Kräftigung. Wenn nun ein mit einem chronischen Leiden behafteter Kranker im elendesten Ernährungszustande die Anstalt bezog, um sich — unter vollkommenem Absehen von jeder speciell auf die Krankheit Bezug habenden Hydrotherapie oder sonstigen Therapie — unter steter ärztlicher Controle in guter Luft und bei entsprechender Diät, vielleicht auch verbunden mit einer morgentlichen Lakenabreibung, zu kräftigen und seinen Ernährungszustand zu bessern; und wenn ihm dieses mit Hilfe der Anstaltseinrichtungen vollkommen gelang und zwar vermuthlich schneller, als es ihm sonst gelungen wäre ohne das beständige ärztliche Interesse und die Pflege der Anstalt: wenn er zufrieden und dankbar die Anstalt verliess, so habe ich einen solchen Fall auch unter Gruppe VII als Stärkungscur notirt. Und ich glaube dies mit umsomehr Recht gethan zu haben, als in einer Reihe ähnlicher Fälle nach dem ausdrücklichen Wunsche des Hausarztes während des Anstaltsaufenthaltes von jeder auf das Organleiden direct bezüglichen Therapie Abstand genommen werden sollte. Ich habe mich in solchen Fällen stets gern dem Wunsche des Hausarztes gefügt, und ich glaube, dass gerade diese Kranken einen grossen Nutzen von ihrem Anstaltsaufenthalte nach Hause brachten, welcher dann der späteren Therapie zu Gute kam.

Die zweite Reihe von Personen, welche die Anstaltsbehandlung resp. die hydrotherapeutische Cur zur allgemeinen Kräftigung brauchten, besteht aus Leuten, welche zeitweise die Anstalt beziehen, ohne ein ausgesprochenes Organleiden zu haben. Ihr Zustand liesse sich dahin schildern, dass sie die Keime, die Dispositionen zu mannigfachen Krankheiten in sich tragen, welche unter ungünstigen Bedingungen zu ernsten Organleiden führen würden. Unter den günstigen Bedingungen der Anstalt dagegen, bei stetem Luftgenuss, bei Bewegung und passender Diät, in Verbindung mit tonisirenden oder diaphoretischen hydrotherapeutischen Curen verlieren sich diese Krankheitskeime oder treten doch mehr zurück. Die Patienten fahren gestärkt nach Hause und behalten die Anstalt stets in dankbarer Erinnerung. Und gerade diese Reihe von Kranken mit nicht ausgesprochenen Organleiden ist es, die mit ungeheurem Vortheil die Anstalt

benutzt. Es wäre dringend im Interesse aller Solcher zu wünschen, dass ihre Zahl in der Anstalt sich noch bedeutend vermehre. Ich kann eine ganze Reihe von Personen anführen, die es dankbar anerkennen, dass sie ihre volle Gesundheit gerade diesen prophylaktischen Curen verdanken.

Wird gemäss der zweiten Correctur die Gruppe VII ganz fortgelassen, so bezieht sich das Gesammtresultat blos auf die eigentlichen Organerkrankungen im engeren Sinne.

Summa	geheilt	gebessert	ungebessert
328	159 oder 48%	104 oder 32%	65 oder 20%

Betrachten wir nun die Krankheitsgruppen näher.

Am meisten vertreten waren

	Nervenkrankheiten	158 Fälle;
dann folgen	Rheumatismus und Gicht	47 »
	Schwächezustände	46 »
	Krankheiten der Verdauungsorgane	42 »
	allgem. Ernährungsstörungen	40 »

Vier Gruppen sind demnach von annähernd gleicher Zahl. Krankheiten der Lungen und des Herzens waren 28 Fälle und Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane nur 13 Fälle im Ganzen zur Beobachtung gekommen. Die letzte Gruppe hat in der Anstalt nur eine sehr geringe Rolle gespielt.

Soweit mir die spärlichen Berichte ausländischer ähnlicher Anstalten bekannt sind, setzt sich das die letzteren besuchende Krankenmaterial ungefähr in ähnlicher Weise zusammen.

Eine specielle Betrachtung der einzelnen Krankheitsgruppen beginnend, fangen wir an mit

Gruppe I, den Krankheiten der Lunge und des Herzens. Behandelt wurden 28 Fälle und zwar:

Lungencatarrh	5 Fälle,	geheilt 3, gebessert 1, ungeb. 1,
Phthisis	12 »	— » 6, » 6,
Bronchiectasie	1 »	ungebessert,
Emphysem	2 »	gebessert,
Asthma bronch.	1 »	»
Bronchialcatarrh	4 »	geheilt 3, gebessert 1,
Vitium cordis	3 »	gebessert 1, ungeb. 2,
Zusammen	28 »	geheilt 6, gebess. 12, ungeb. 10.

Gruppe II, Krankheiten der Verdauungsorgane, enthält im Ganzen 42 Fälle. Es kamen vor:

chron. Magencatarrh	18 Fälle,	geheilt 14, gebess. 2, ungeb. 2,
Dilatatio ventriculi	1 »	ungebessert,
Cardialgia	1 »	geheilt,
Ulcus ventriculi	3 »	»
chron. Darmcatarrh und chron. Obstipation	15 »	geheilt 8, gebessert 3, ungeb. 4,
Leberhyperämie	3 »	» 1, » 2,
chron. Milztumor	1 »	ungebessert,
im Ganzen	42 »	geheilt 27, gebess. 7, ungeb. 8.

Gruppe III, Nervenkrankheiten kamen zur Behandlung im Ganzen 158 Krankheitsfälle. Davon waren:

a) functionelle Neurosen:		
Neurasthenie	56 Fälle,	geheilt 33, gebess. 15, ungeb. 8,
Hysterie	28 »	» 8, » 14, » 6,
Hypochondrie	28 »	» 10, » 9, » 9.
b) Gehirnaffectionen:		
Irritatio cerebralis	4 »	geheilt 3, ungebessert 1,
Lues cerebralis	8 »	» 4, gebess. 3, ungeb. 1,
Dissem. Sclerose	1 »	gebessert,
Meningitis hämorrh. int.	1 »	ungebessert,
Hemichorea	1 »	gebessert,
Hemiplegie	2 »	ungebessert,
intercurrente psychische Aufregung	3 »	gebessert,
Dementia paralytica	2 »	» 1, ungeb. 1,
Moral insanity	1 »	ungeb.,
Melancholie	4 »	geheilt 2, geb. 2,
Amentia	1 »	geheilt,
Dementia	1 »	ungeheilt.
c) Rückenmarksaffectionen:		
Tabes	6 »	gebessert 5, ungeb. 1,
spinale Compressionssymptome	1 »	ungebessert.
d) Varia:		
Epilepsie	1 »	gebessert,
Polyneuritis	1 »	ungebessert,
Morb. Basedowii	1 »	gebessert,
Ischias	2 »	geheilt,
Neuralg. al.	3 »	geheilt 1, ungeb. 2,
Cephalalgie	1 Fall,	ungebessert,
Coll. obstip. spast.	1 »	»
im Ganzen	158 Fälle,	geheilt 64, geb. 56, ungeb. 38.

Gruppe IV, Rheumatismus und Gicht enthält im Ganzen 47 Krankheitsfälle. Es kamen vor:

Rheum art. chron.	19 Fälle,	geheilt 14, gebessert 3, ungeb. 2,
Rheum. musc. chr.	21 »	» 19, » 1, » 1,
Arthritis deform.	5 »	gebessert 3, ungeb. 2,
Arthritis uratica	2 »	»
im Ganzen	47 »	geheilt 33, gebessert 9, ungeb. 5,

Gruppe V, Krankheiten der Urogenitalorgane zählt, im Ganzen 13 Fälle. Davon waren:

Morb. Brigthii	2 Fälle,	gebessert,
Calcul. renal.	1 »	geheilt,
Cystitis	3 »	» 2, gebessert 1,
chron. Metritis	1 »	gebessert,
Prostatitis	1 »	geheilt,
Impotenz	1 »	gebessert,
Gonorrhoe	2 »	geheilt 1, gebessert 1,
Spermatorrhoe	2 »	geheilt,
im Ganzen	13 »	geheilt 7, gebessert 5, ungeb. 1.

Gruppe VI, allgemeine Ernährungsstörungen, Dyskrasien und chronische Intoxicationen enthält im Ganzen 40 Krankheitsfälle. Es waren:

Anämie	7 Fälle,	geheilt 2, gebessert 4, ungeb. 1,
Scrophulosis	6 »	geheilt,
Adiposis univers.	5 »	geheilt 1, gebessert 3, ungeb. 1,
Lues	6 »	» 3, » 3,
Abusus Morphii	9 »	» 7, » 2,
Alcoholismus	5 »	» 2, » 3,
Marasm. senil.	1 »	ungebessert.
im Ganzen	40 »	geheilt 22, gebess. 15, ungeb. 3.

Gruppe VII, Schwächezustände, Reconvalescenz und hygienische Curen enthält

im Ganzen 46 Fälle. Davon wurden geheilt 30, gebessert 13, unbessert 3.

Todesfälle waren im Verlauf des ersten Quadrienniums im Ganzen 7 zu beklagen. Ich will sie kurz erwähnen.

1884 ein Fall von Vitium cordis im Stadium gestörte Compensation. Ferner ein Fall von multipler Neuritis 1885 ein Fall von Bronchiectasie.

1886 ein Fall von Vitium cordis, auch schon im Stadium gestörter Compensation.

1887 ein Fall von hochgradiger Phthise complicirt mit sehr böser Lues. Ferner ein Fall von Phthisis, der ohne Anmeldung kam, nicht abzuweisen war und schon nach 3 Tagen starb; ferner verstarb eine hysterische Kranke an einem apoplectischen Insult.

Dass die Dauer der Cur von bedeutendem Einfluss ist auf das therapeutische Resultat in der Anstalt, ist aus Folgendem ersichtlich. Von den 68 als ungeheilt aus der Anstalt Entlassenen, verweilten

12 Kranke	nur	14	Tage und weniger,
10 »	»	21	» » »
11 »	»	28	» » »
8 »	»	35	» » »

Die durchschnittliche Curdauer — 41 Tage im ersten und 50 Tage im zweiten Biennium und mehr verbrachten blos 27 Ungebesserte. Bei den übrigen 41 Kranken darf angenommen werden, dass der Misserfolg der Cur zum Theil dem zu kurzen Aufenthalte in der Anstalt zuzuschreiben ist. Es sind eben meist chronisch Kranke und die Behandlung in der Anstalt erfordert Zeit.

Wenn ich nach meinen Erfahrungen die Zeit, die ein Kranker in der Anstalt verbringen soll, zu bestimmen hätte, so würde ich einem Nervösen, einer Hysterischen oder einem Hypochonder mindestens 8 Wochen zu bleiben vorschreiben, ebenso einem schweren Rheumatiker; einem Magendarmkranken mindestens 6 und einem Schwindsüchtigen und einem Rückenmarkskranken 12 Wochen. Ich möchte die Herren Collegen bitten, falls sie die Güte haben, Kranke zu mir zu schicken, denselben die Heilung resp. Besserung in nicht zu kurzer Zeit in Aussicht zu stellen. Es entsteht dadurch eine Lage, die äusserst peinlich ist sowohl für den Kranken als auch den Anstaltsarzt.

Fasse ich das therapeutische Resultat dieser 4 Anstaltsjahre zusammen, so kann ich sagen, dass die Anstalt eine wirklich gute Leistung aufzuweisen hat: erstens bei den Nervenkranken; und zwar insbesondere bei den functionellen Neurosen, bei der Neurasthenie, bei der Hysterie und bei der Hypochondrie. Diesen Kranken hat die Anstalt wirklich einen grossen Nutzen bringen können. Für diese Kranken sind die Verhältnisse der Anstalt gerade die richtigen, wie mich die guten Heilerfolge überzeugt haben. Diese Kranken, auch wenn sie blos gebessert die Anstalt verliessen — und oft gerade diese — bewiesen fast stets sowohl der Anstalt als auch der Person und Familie des Arztes die wärmste Anhänglichkeit und Dankbarkeit. Ja, ich habe gefunden, dass sogar Manche von den Ungeheilten sich sehr dankbar für die ärztlichen Bemühungen erwiesen, wenn sie — grösstentheils den gebildeten Classen angehörend — einsahen, dasseben ihre Krankheit und nicht Arzt und Anstalt an den Misserfolgen schuld waren. — Ich kann sagen, dass diese Kranken, die Nervösen, Hysterischen und Hypochonder mir nichts weniger als schwer zu ertragende Hausgenossen waren, natürlich mit einigen Ausnahmen, sondern stets sehr liebe Kranke, deren gesteigerten Anforderungen ich stets gern und ohne Murren meine Zeit und Mühe opferte, meist belohnt durch aufrichtige Dankbarkeit und Zuneigung. Ich weiss nicht, ob ich so glücklich gewesen bin, die schwerstzuertragenden Kranken z. B. aus der Gruppe der Hysterischen überhaupt garnicht in meine Anstalt zu bekommen; oder — und ich bin geneigt der Wahrscheinlichkeit wegen das letztere anzunehmen — dass die Anstalt auf sie höchst calmirend gewirkt hat.

Es ist mir nicht selten passirt, dass Collegen, welche mir derartige Kranke zuschickten, bei dieser Gelegenheit die Aeusserung machten: jetzt werde meine Geduld auf eine harte Probe gestellt werden! In der Regel trat dies nicht ein, sondern die Kranken zeigten in der Anstalt sich ganz verändert — zum Guten.

Der psychischen Behandlung dieser Art von Kranken habe ich mich mit Vorliebe gewidmet, und ich bin fest überzeugt, dass dieselbe bei Behandlung dieser functionellen Neurosen eine sehr wichtige Sache ist, oft wichtiger als jede andere Therapie. Ich werde mir erlauben, Ihnen über diese specifische Anstaltsbehandlung, die psychische Therapie der Neurasthenie und Hysterie, in der Folge einen eingehenden Bericht zu geben, wenn Sie es erlauben.

Gestatten Sie mir weiter bei der Behandlung der functionellen Neurosen noch auf die Hydrotherapie hinzuweisen, als auf einen bei der Behandlung dieser Zustände immer noch nicht genügend gewürdigten Factor. Man kann hier mit der Hydrotherapie sehr gute Resultate erzielen, wie ich das oft gesehen habe. Es erklärt sich dies wohl hauptsächlich aus dem Vorwalten von vasomotorischen Störungen bei diesen Zuständen und aus dem Einfluss, den gerade die Hydrotherapie auf die Blutvertheilung und die Innervation der Gefässe auszuüben im Stande ist. Ich habe z. B. Neurasthenien mit schweren cerebralen Erscheinungen — wohl in Folge von Hyperämie des Gehirns — in kurzer Zeit heilen sehen durch ein consequent durchgeführtes ableitendes Verfahren auf die Unterextremitäten. Ich werde mir erlauben, Ihnen gelegentlich genauere Mittheilungen über diesen Punct zu machen.

Die Anstalt hat ferner sehr gute Resultate aufzuweisen bei der Behandlung des chronischen Rheumatismus.

Dass die Anstalt drittens der richtige Ort ist für prophylaktische Curen, für Curen bei Krankheitsdispositionen, hob ich schon genauer hervor.

Auch bei den Krankheiten der Verdauungsorgane und bei den allgemeinen Ernährungsstörungen waren die Resultate recht gute.

Abgesehen von den chronischen Intoxicationen (Alcohol, Morphium), über welche genauer zu berichten ich mir vorbehalte, geschah die Behandlung aller dieser Zustände nach allgemeinen therapeutischen Principien, wobei die Hydrotherapie eine ausgebreitete Anwendung fand.

Bezüglich der beiden noch übrigen Gruppen — den Krankheiten der Lungen und des Herzens und den Krankheiten der Urogenitalorgane — muss ich mit meinem Urtheil zurückhaltender sein.

Eine kleinere Anzahl von Lungencatarrhen und Bronchialcatarrhen benutzte mit Vortheil die Anstalt.

Von Phthisis pulmonum hatte ich wenig günstigere Fälle. Die Behandlung geschah nach den Principien von Görbersdorf und Falkenstein.

Herzfehler mit gestörter Compensation möchte ich nicht aufnehmen. Die Anstalt kann ihnen nichts mehr nützen.

Krankheiten der Urogenitalorgane waren so vereinzelt vertreten, dass ich mir betreffs der Anstaltstherapie garkein Urtheil erlauben will.

Referate.

Wilhelm Greiffenhagen: Ueber den Mechanismus der Schädelbrüche. Dorpat. Inaug.-Diss. 78 S. 5 Tafeln

Prof. Ed. von Wahl: Zurechtstellung. Centralbl. f. Chir. 1887, № 49.

Die Dissertation von Greiffenhagen giebt eine zusammenfassende Darstellung der Wandlungen, welche die Lehre von dem Mechanismus der Schädelbrüche seit Hippokrates durchgemacht, sowie hauptsächlich des Abschlusses, den dieselbe in neuerer Zeit durch die Arbeiten Messerer's und von Wahl's (Hermann's) gefunden hat. Gleichzeitig werden die gegnerischen Ansichten Treub's kritisch beleuchtet und mit der Theorie der zuerst genannten Autoren in Einklang zu bringen gesucht, zu welchem Zweck überdies Prof. v. Wahl noch eine kleine Zurechtstellung im Centralblatt für Chirurgie veröffentlicht hat. Da der uns zugemessene Raum es nicht gestattet, den historischen Entwickelungsgang dieser Frage in extenso zu referiren, so begnügen wir uns mit dem Hinweis auf die für denselben so bedeutungsvollen Namen von Sancerotte, Aran und Félizet, der resp. Begründer der Vibrations-, der Irradiations- und der Strebepfeilertheorie, sowie des Namens von Bruns', als des Entdeckers der Elasticität des menschlichen Schädels. Dagegen sei es uns gestattet, etwas ausführlicher auf die von Messerer und von Wahl verfochtene Theorie der Schädelbrüche einzugehen, da dieselbe von fast allen neueren Autoren acceptirt worden ist und somit den gegenwärtigen Stand dieser Lehre repräsentirt.

Stellen wir uns zunächst den menschlichen Hirnschädel als elastische Hohlkugel von einer gewissen Wanddicke vor, so können wir an demselben, wie an jeder Kugel, unterscheiden die Pole (deren einer dem Angriffspunct der brechenden Gewalt entsprechen würde), den Aequator, die Meridiane und die Parallelkreise. Um nun die Continuität der Kugelwand zu unterbrechen, ist es nöthig, dass dieselbe von einer mehr oder weniger schweren Masse mit hinreichender Geschwindigkeit getroffen wird, resp. ihrerseits gegen solch eine Masse antrifft. Im concreten Falle bezeichnet man die den Schädelbruch bewirkende Gewalteinwirkung, je nach dem Vorwalten der Gewichts- oder der Geschwindigkeitscomponente, als *Druck* oder *Stoss*. Eine Druckwirkung kommt zu Stande, wo die Geschwindigkeit des drückenden Körpers so gut wie Null ist und die Krafteinwirkung durch die ruhige Belastung dauernd activ erhalten wird; eine Stosswirkung dagegen, wenn die Geschwindigkeit, mit welcher der Körper bewegt wird, eine mehr oder weniger grosse ist, und die Krafteinwirkung in dem Moment, wo sie den Körper trifft, auch ihr Ende erreicht.

Setzen wir jetzt den Fall, der Schädel sei einem beständigen Drucke in der Richtung, der die beiden Pole verbindenden Axe ausgesetzt, so ist es klar, dass die letztere dadurch verkürzt, also die durch den Aequator von einander getrennten Halbkugeln von den Polen her abgeflacht und mithin (vermöge der Elasticität der Schädelwandung) der Aequator selbst und ebenso die Parallelkreise resp. die *zur Druckaxe senkrecht* stehenden Durchmesser derselben, verlängert werden müssen. Letzteres ist aber ohne eine relative Entfernung der die Parallelkreise zusammensetzenden Massentheilchen von einander nicht denkbar; und wenn daher die Gewalteinwirkung die Elasticitätsgrenze des Schädels überschreitet, so wird die Continuität seiner Wandung aufgehoben, und es entsteht eine Fractur. Da hierbei die Innenfläche der Schädelwand, als kleinerer Kreis, einer relativ stärkeren Dehnung ausgesetzt ist, so tritt *die Berstung stets zuerst und in grösserer Ausdehnung an der Tabula vitrea auf*; und da die Auseinanderzerrung der Massentheilchen senkrecht zur Druckrichtung stattfindet, so ist *die resultirende Fissur* der letzteren parallel gerichtet und *liegt folglich in einem* (oder mehr als einem) *Meridiane*. Dieselbe wird häufig am Aequator (als dem am stärksten gedehnten Parallelkreise) beginnen und sich mehr oder weniger weit nach dem Druckpole resp. bis zu demselben fortpflanzen, im ersteren Falle eine indirecte Schädelfraktur darstellend. Die so entstandenen Brüche bezeichnen Messerer und von Wahl

als *Berstungsbrüche*. Dieselben sind identisch sowohl mit den Flachbiegungs-, als mit den Spannungsbrüchen Treub's, da diese beiden zwecklos von ihm unterschiedenen Varianten stets an der Tabula vitrea beginnen und in der Richtung der Meridiane, also parallel der Druckaxe, verlaufen. Wenn auch die Flachbiegungsbrüche (bedingt durch Gewalten mit nicht ganz unbedeutender Stosscomponente) am Druckpol selbst oder in seiner nächsten Nähe, die Spannungsbrüche dagegen in der Peripherie des flachgedrückten Kugelsegmentes ihren Anfang nehmen, so bleibt doch der physikalische Hergang ihrer Entstehung ein und derselbe, und ist ausserdem eine Vereinigung von zwei solchen in einem Meridian liegenden Fissuren mit verschiedenem Ausgangspunct zu einer einzigen etwas ganz gewöhnliches.

In dem von uns angenommenen Fall einer Compression des Schädels durch Druck von den Polen her, erleiden indess nicht nur die Parallelkreise, sondern auch die Meridiane Formveränderungen, welche bis zur Aufhebung der Continuität gehen können. Während die Krümmung derselben an den Polen abnimmt, wird sie in den aequatorialen Regionen vermehrt. Dies setzt eine gegenseitige Annäherung der Massentheilchen an der Innenfläche und Entfernung derselben von einander an der Aussenfläche voraus, und ergiebt sich daraus, bei Ueberschreitung der Elasticitätsgrenze, *eine Fractur, die an der Tabula externa beginnt und* an der Peripherie des flachgedrückten Kugelsegmentes *senkrecht zu den Meridianen* (und der Druckaxe) *verläuft*. Diese Brüche nennt von Wahl *Biegungsbrüche* schlechtweg, Treub Krummbiegungsbrüche und Messerer Brüche, welche durch Uebereinander- oder Gegeneinanderschieben der Theilchen entstehen. Ueber den Ursprung ihrer Entstehung sind alle genannten Forscher einig.

Um die in praxi zu beobachtenden Schädelbrüche aus den soeben entwickelten Gesichtspuncten zu verstehen, bedarf es noch zweier nicht unwesentlicher Vorbehalte. Einmal nämlich ist die Elasticität des Schädels nur eine unvollkommene, die Resistenz desselben nicht überall gleich und seine Form nicht rein sphärisch; und dann handelt es sich nur selten um einfachen Druck, sondern fast stets zugleich um eine mehr oder weniger bedeutende Stosscomponente, bis zu dem Extrem der Schussverletzungen, welche thatsächlich eine reine Stosswirkung repräsentiren. Eine Inanspruchnahme der Elasticität des Schädels in toto kommt am vollkommensten bei reinen Druckwirkungen zur Anschauung, d. h. in einem solchen Falle ist nicht sowohl der Angriffspunct der Gewalt, als vielmehr die schwächste Stelle der Schädelkapsel der Gefahr einer Fractur am meisten ausgesetzt. Darum beobachtet man bei Druck auf Stirn, Hinterhaupt oder Seitenwandbeine stets Fissuren der Basis mit typischer Verlaufsrichtung. Dagegen können die von den modernen Schusswaffen herrührenden Verletzungen (abgesehen von den durch hydraulische Höhlenpression bewirkten Complicationen) sich als reine Loch-, will sagen auf die nächste Umgebung des Poles beschränkte Biegungsbrüche, präsentiren, da in diesen Fällen die kurze Dauer der Kraftwirkung eine Uebertragung derselben auf entfernter liegende Puncte ausschliesst. Die meisten Schädelfracturen der Friedenspraxis dürften zwischen diesen beiden Extremen in der Mitte liegen und mehr oder weniger deutlich die Wirkungen sowohl einer Druck-, als auch einer Stosscomponente erkennen lassen. Im Allgemeinen kann man sagen, dass an der Schädelbasis die Berstungs-, an der Convexität die Biegungsfracturen vorherrschen; doch bilden die typischen Sternbrüche des Gewölbes und die so oft besprochenen Ringbrüche der Basis prägnante Ausnahmen von dieser Regel.

Evident ist die forensische Bedeutung des oben erörterten Zusammenhanges zwischen Verlauf der Fractur und Richtung der Druckaxe.

G.

E. Peiper: Zur Actiologie des Diabetes mellitus. (D. med. Woch. 1887. № 17).

Verf. führt folgenden Fall an: Ein 17jähriges, völlig gesundes Mädchen trinkt auf einem Balle sehr erhitzt ein Glas eiskaltes Wasser. Sofort nach dem Trunk tanzte sie weiter, bemerkte aber alsbald ein auffallendes, starkes, beständiges Durstgefühl, das vergebens durch grosse Mengen Wasser zu löschen versucht wurde. Noch in derselben Nacht nach Hause zurückgekehrt, stellte sich intensiver Heisshunger ein und häufiger Drang zum Uriniren. In den nächsten Wochen und Monaten starke Abnahme der Kräfte, Unmöglichkeit sich mit Etwas zu beschäftigen. Nach 5 Monaten Aufnahme in's Krankenhaus mit reichlichem Zuckergehalt. Nach 8wöchentlicher Behandlung wesentlich gebessert. Verf. führt aus der Literatur noch einige Fälle an, die direct auf Erkältungsursachen zurückzuführen sind.

Max Schmidt.

Behring: Ueber Jodoform und Acetylen. (D. med. Woch. 1887. № 20).

Verf. hat schon mehrfach experimentelle Untersuchungen über die Wirkungsweise des Jodoforms in Wunden veröffentlicht. Jetzt hat er sich von Neuem mit dieser Frage beschäftigt und hat gefunden, dass Jodoform in fein gepulvertem Zustande den Nährböden beigemischt, das Wachsen der Bacterien nicht hindert. Eine Ausnahme machen nur die Tuberkelbacillen welche sogar durch krystallinisches, ihrem Nährboden beigemischtes Jodoform am Wachsen gehindert werden. Also eine Vernichtung der Bacterien findet nicht statt. Durch eine Arbeit von Scheurlen wurde er dann mit der Thatsache bekannt, dass ohne Mitwirkung von Mikroorganismen durch verschiedene Ptomaine bei Kaninchen Eiter erzeugt werden kann. Diese Ptomaine verhindern dauernd die Blutgerinnung und zerstören sofort das Haemoglobin. Behring hat nun gefunden, dass alle Eiter erzeugenden Ptomaine mit dem Jodoform eine chemische Umsetzung erleiden und dann Eiter zu erzeugen nicht mehr im Stande sind. Diese Zerlegung des Jodoforms findet auch in ungelöstem Zustande statt, ist als Reductionsvorgang aufzufassen. Durch nascirenden Wasserstoff entsteht bei der Zersetzung des Jodoforms *Acetylen*. Nach Eulenburg ist Acetylen ein das centrale Nervensystem heftig beeinflussendes Gift, — vielleicht ist dasselbe die Ursache der nach Jodoformgebrauch beobachteten Intoxicationszustände. Die Untersuchungen gehen weiter fort.

Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. W. Winternitz: Zur Pathologie und Hydrotherapie der Lungenphthise. Unter Mitwirkung von K. Pick, E. Löwy, J. Utschik, L. Schweinburg, J. Pollack, A. Winternitz und O. Pospischil. (Klinische Studie aus der hydriatischen Abtheilung der allgemeinen Poliklinik in Wien. II. Heft). Leipzig und Wien. 1887. Verlag von Töplitz & Deuticke.

Trotz des specifischen mit der Lungentuberculose und Phthise in einem innigen Connex stehenden Bacillus Kochii, bleibe zu dem Activwerden der Phthise doch noch die *Disposition* als drittes Moment erforderlich. Bekanntlich hat sich von den zahlreichen gegen Phthise empfohlenen specifischen Heilmitteln kein einziges bewährt. Verf. sieht daher mit Recht darin eine lohnende Aufgabe der Pathologie und Therapie, die Bedingungen, von deren combinirter Zusammenwirkung die Erkrankung in jedem Einzelfalle abhängt, festzustellen und auf dieselben entsprechenden Einfluss zu gewinnen. Abgesehen von den bekannten hygienischen, diätetischen und pharmaceutischen Factoren eines tonisirenden und reconstituirenden Verfahrens betrachtet Verf. in letzterer Hinsicht namentlich die *Hydrotherapie* als ein wirksames Unterstützungsmittel, da nicht jeder Patient die Mittel besitzt, um sich an einen entfernten und kostspieligen klimatischen Curort zu begeben, und da dieselbe angewandt werden kann, ohne dass der Patient seiner gewohnten Umgebung und dem Schoosse seiner Familie entrissen zu werden braucht.

Die Hydrotherapie soll die Innervation heben, den Gefässtonus erhöhen, die Herzaction verlangsamen und kräftigen, die Blutbereitung bessern, die Athmung vollkommener machen und den Gasaustausch, auch in den weniger beweglichen Lungenspitzen, vermehren. Durch dieselbe wird der Stoffwechsel beschleunigt, durch Besserung der Verdauung und Steigerung der Appetenz der Stoffansatz begünstigt, einer retrograden Metamorphose vorgebeugt oder die bestehende beseitigt. Ein solcher Erfolg könne aber nur erzielt werden, wenn man keinen mächtigeren thermischen und mechanischen Nervenreiz anwendet, als der betreffende Organismus ohne excessive Reaction erträgt und die absolute Wärmeentziehung so graduirt, dass dieselbe von dem geschwächten Organismus prompt und ohne excessive Anstrengung wieder ersetzt wird. Als ein weiterer Erfolg der Hydrotherapie wird die Abhärtung der Haut und die Verminderung der Erkältungsgefahr angeführt, ferner auch die Bekämpfung des hektischen Fiebers. Lungenblutungen, die meistens als passive, als Stauungs- und Rückstauungs-Blutungen aufzufassen sind, sollen gleichfalls keine Contraindication für die Anwendung der Hydrotherapie bilden.

Im zweiten Abschnitt geben Pick und Löwy eine Tabelle von über 170 Fällen von Phthise aus der Privatklinik des Prof. Winternitz in Kaltenleutgeben, welche wohl geeignet ist, die Erfolge der Hydrotherapie in ein günstiges Licht zu stellen.

Im dritten Capitel wird von Utschik die hydriatische von Winternitz bei der Lungenphthise angewandte Technik genauer beschrieben. Dieselbe besteht aus der Abwaschung, aus Brustumschlägen und Kreuzbinden, aus der feuchten Einpackung, der Abreibung und der Douche, worüber das Nähere von Denjenigen, welche die Methode ausüben wollen und noch nicht vollkommen beherrschen, schon im Originale selbst nachgesehen werden muss.

Darauf folgen die Resultate der von Schweinburg, Pollack und A. Winternitz angestellten experimentellen Studien über das Verhalten der Hauttemperatur unter trockenen und feuchten Umschlägen ohne und mit verschiedenartiger Bedeckung. Den Schluss dieser interessanten Mittheilungen bildet ein von Pospischil verfasster Auszug eines Werkes des Prof. A. de Giovanni in Padua über das Verhalten des Herzens bei der Lungenphthise, welches eine weitere Stütze für die im ersten Abschnitte festgestellten therapeutischen Anzeigen darbieten soll.

—x.

Compendium der praktischen Toxicologie von A. Werber umgearbeitet von Dr. Rudolph Kobert. Stuttgart. Ferdinand Enke.

Rudolph Kobert hat das Werk von Werber fast in allen Capiteln umgearbeitet und dabei das Wichtigste, was auf diesem Gebiet während der letzten Jahre erschienen ist, berücksichtigt. Sehr eingehend finden wir z. B. die Lehre von den Ptomainen besprochen.

Kn.

Ehrenerklärung an Herrn Dr. Ernst Dreypölcher.

Auf der Sitzung des *Vereins St. Petersburger Aerzte* am Dienstag den 19. Oct. 1887 erhob sich vor Eintritt in die Tagesordnung der Präses Dr. von Grünewaldt und sprach im Namen der Mitglieder des Vereins dem anwesenden Dr. Dreypölcher in warmen Worten die unwandelbare Hochachtung derselben aus. Der Verein, der an diesem Abend ganz besonders zahlreich besucht war, beschloss darauf folgende

Ehrenerklärung
an
Herrn Dr. Ernst Dreypölcher.

Der Verein hat mit Schmerz und tiefer Entrüstung Kenntniss genommen von den Gerichtsverhandlungen und der Verurtheilung seines geachteten Mitgliedes, des Dr. Ernst Dreypölcher. Der Verein anerkennt, dass Dr. Dreypölcher in der unglücklichen Angelegenheit, wegen welcher er verklagt und schliesslich verurtheilt wurde, gewissenhaft und correct seine Pflicht gethan hat, und spricht sein tiefes Bedauern darüber aus, dass dem Dr. Dreypölcher von den durch ihre Stellung dazu berufenen Collegen nicht derjenige Schutz zu Theil geworden ist, den er beanspruchen durfte. Der Verein wird es sich auch künftig zur Ehre anrechnen, Dr. Dreypölcher zu seinen Mitgliedern zu zählen.

Vorstehende Erklärung soll in's Protokoll aufgenommen und Dr. Dreypölcher eine vom Vorstande unterzeichnete Abschrift derselben zugestellt werden.

Vermischtes.

— Zur Feier des *25-jährigen Jubiläums des Geheimraths Dr. Lingen* als Oberarzt des Marien-Magdalenen-Hospitals hatte sich am Sonntag den 17. Oct. ein grosser Kreis von Collegen und Freunden desselben zu einem solennen Diner im Grand-Hôtel vereinigt. Die lange Reihe der Reden legte lebendiges Zeugniss dafür ab, wie sehr es Dr. Lingen im Laufe seiner langjährigen Thätigkeit verstanden hat sich die Hochachtung der Collegen, die Verehrung der Untergebenen, die warme Zuneigung der Freunde zu erwerben und zu bewahren. Zu später Stunde erst fand das schöne Fest sein Ende und Alle schieden mit der Hoffnung, dass der Jubilar, dessen jugendliche Frische auch an diesem Abend wieder zu bewundern war, noch lange Jahre in seiner jetzigen Stellung zum Gedeihen des Hospitals, zum Wohle der leidenden Menschheit ausharren möge.

— Sonnabend den 23. Jan. findet die Eröffnung eines ärztlichen Clubs hier am Orte statt. Mitglied kann jeder Arzt werden. Durch einen Beitrag von 20 Rbl. für die laufende Saison (23. Jan. bis 9. April). Jeden Sonnabend soll ein Gesellschaftsabend stattfinden, der dieses Jahr nur der Geselligkeit gewidmet sein soll. Sollte dieses Unternehmen Anklang bei den Collegen finden, so beabsichtigen die Vorsteher DDr. A. G. Batalin, J. W. A. Majew, W. J. Afanassjew vielleicht schon im Herbst einen Club in's Leben zu rufen, der gleich dem ärztlichen Club in Moskau, auch ernsteren Dingen als der Geselligkeit dienen könnte, wie beispielsweise der Erörterung und Regelung von ärztlichen Standesfragen. Wäre nicht der ärztliche Club in dieser zukünftigen Form die Körperschaft, aus der sich ein Rechtsschutzverein des ärztlichen Standes entwickeln könnte?

— Unser berühmter Anatom, Professor Wenzel Gruber, der seit seinem 40-jährigen Dienstjubiläum den Posten eines Ehrendirectors des anatomischen Museums an der militär-medicinischen Academie bekleidet, beabsichtigt wegen seines angegriffenen Gesundheitszustandes Russland definitiv zu verlassen, um in einem wärmeren Klima — wie verlautet, in Tyrol — seinen Wohnsitz zu nehmen.

— Wie die „Russkaja Medicina" erfährt, sind zu *Gliedern des ärztlichen Conseils bei dem Medicinalinspector für die Anstalten der Kaiserin Maria*, an Stelle der ausscheidenden Glieder Prof. Balinski, Prof. Manassein und Dr. Sperk, die DDr. Graf Magawly, Director der hiesigen Augenheilanstalt, J. Tarnowski, Gehülfe des Directors der Entbindungsanstalt und A. Tscheremschanski, stellv. Director des Hospitals der Gesellschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung *auf drei Jahre ernannt* worden.

— *Verstorben*: 1) Auf seinem Gute Jurino bei Rybinsk ein früher vielbeschäftigter und beliebter Arzt dieser Stadt, Nikolai Tugarinow. Vor etwa 20 Jahren gab derselbe plötzlich seine ausgebreitete Praxis in Rybinsk auf und zog sich auf sein Gut zurück, wo er eine rein bäuerliche Lebensweise führte, selbst pflügte, säete, mähte, Holz fällte u. s. w., mit einem Worte alle Arbeiten eines Bauern verrichtete. 2) In Kirssanow der dortige Landschaftsarzt W. Roshdestwenski im 39. Lebensjahre an der Schwindsucht. Der Verstorbene, welcher seine medicinische Ausbildung in Kasan erhalten und darauf 14 Jahre als Landschaftsarzt fungirt hat, soll ausser seiner Bibliothek, die er der Kasanschen Universität vermacht hat, nichts hinterlassen haben. 3) Der Oberarzt des Militärlazareths in Akstafa (Gouv. Jelissawetpol), Nik. Sakamenny. 4) Der Inspector der Militär-Feldscheerer-Schule in Nowotscherkask, Staatsrath Dr. Peter Wolodin. 5) In Strassburg der berühmte Botaniker, Prof. Dr. Heinrich de Bary, im 58. Lebensjahre an Krebs des Oberkiefers. Vor seiner Berufung an die Strassburger Universität (1872) wirkte der Dahingeschiedene als praktischer Arzt in seiner Vaterstadt Frankfurt a/Main.

— Prof. Vanzetti, dessen Nekrolog wir in der vorigen Nummer d. Wochenschr. brachten, hat der Universität Padua ein Capital von 100,000 Frcs. und seine werthvolle Bibliothek testamentarisch vermacht.

— Die Stadt *Berlin* beabsichtigt mit Rücksicht auf die grosse Zahl chronischer Brustkranker, welche in den städtischen Krankenhäusern und Siechenanstalten aufgenommen werden muss, eine besondere *Heil- und Pflegeanstalt für solche Kranke in der Umgegend Berlins* (für etwa 400 Kranke) zu errichten.

— Der Privatdocent für Bacteriologie in Basel und zugleich einer der Herausgeber des «Correspondenz-Blattes für schweizer Aerzte», Dr. C. Garré, ist als Professor an die Universität Tübingen berufen worden.

— In diesem Herbst begeht die *deutsche ophthalmologische Gesellschaft* das *Jubiläum ihres 25-jährigen Bestehens*. Als Geschäftsführer der in Heidelberg stattfindenden Festversammlung fungiren gegenwärtig Prof. Donders (Utrecht), Prof. Zehender (Rostock) und Dr. Hess (Mainz).

— Prof. extraord. Dr. J. Rosenbach in Göttingen hat einen Ruf als Director der chirurgischen Klinik an der Universität Jena erhalten und angenommen.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 17. Januar c. 6231 (222 mehr als in der Vorwoche), darunter 752 Typhus- (101 mehr), 830 Syphilis- (69 mehr), 52 Scharlach- (12 weniger) und 7 Pockenkranke (3 mehr als in der Vorwoche).

— Nach dem *Rechenschaftsbericht über den Cassenbestand der Gesellschaft russischer Aerzte* betrug derselbe nach dem *I. Congresse* 4383 Rbl. 54 Kop. (mit Einschluss von 9 Einzahlungen von Gründern zu je 100 Rbl.). Die *Einnahmen des II. Congresses* beliefen sich auf 12,499 Rbl. 85 Kop., darunter Mitgliedsbeiträge im Betrage von 6711 Rbl. (63 zu 10 Rbl., 1212 zu 5 Rbl., 1 zu 15 Rbl. und 1 zu 6 Rbl.), Beiträge der Moskauer Stadtduma im Betrage von 5000 Rbl. und der Moskauer Gouv. Landschaft im Betrage von 500 Rbl. u. s. w., so dass mit dem Ueberschuss des I. Congresses der *Cassenbestand* 16,883 Rbl. 39 Kop. betrug. Die *Ausgaben* dagegen bezifferten sich auf 10,326 Rbl. 10 Kop. und vertheilt sich diese Summe auf folgende Posten: 1) Ausgaben des Secretärs der Verwaltung, für den Druck von Blanquetten, Büchern etc. 794 Rbl. 60 Kop.; 2) die Kosten der Ausstellungen mit 316 Rbl. 40 Kop.; 3) Unkosten bei den allgemeinen Versammlungen mit 579 Rbl. 88 K.; 4) Zuzahlung bei der Unterbringung der Congressmitglieder 493 Rbl. 38 Kop.; 5) für die Organisation des Centralbureaus und der Filialbureaus auf den Bahnhöfen 1350 Rbl. 67 Kop.; 6) Zuzahlung für das Mittagessen 1660 Rbl. 5 Kop.; 7) für die Redaction und Herausgabe des „Tageblattes" 1358 Rbl. 78 Kop. und 8) für die Herausgabe und Versendung der „Arbeiten des Congresses" 3772 Rbl. 34 Kop. — Nach dem II. Congress hat sich somit ein Cassenbestand von 6557 Rbl. 29 Kop. ergeben.

— Dr. F. Michael berichtet folgenden Fall von *Inoculation des Masernvirus*: Ein Schulkind befand sich im Incubationsstadium der Masern. Von ihm wurde bei folgender Gelegenheit das Virus auf ein zweites gesundes Kind überimpft. Das letztere hatte eine Pustel auf der Rückenfläche des Mittelfingers. Der Lehrer nahm eine Feder des ersterwähnten Kindes und öffnete mit derselben die Pustel. Am 9. Tage erkrankte das bisher gesunde Kind mit den Prodromi der Masern. 24 Stunden vor Eruption des Exanthems bildete sich in der Gegend der Impfstelle eine Efflorescenz aus — die Rückenfläche der Hand röthete sich. — Michael hält in diesem Falle die specifische Inoculationswirkung für wahrscheinlicher, als eine gewöhnliche Wundinfection.

— Bettelheim (Centralbl. f. klin. Medic. 1887. № 42) empfiehlt als *Bandwurmcur* folgende Mischung: Rp. Extr. Filicis maris aether., Extr. rad. punicae granat. āā 10,0, Pulv. Jalappae 3.0. M. f. pillul. keratinisati № 70. Von diesen Pillen werden am ersten Tage 15—20, am folgenden im Verlaufe von 2—3 Stunden die übrigen genommen. Im Falle, dass eine Abführung nöthig sei, wird ein Clysma von 100,0—200,0 Infusi laxativ. Viennensis gesetzt (Med. Obsr. 23).

— Docent Dr. L. Lewin berichtete in der letzten Sitzung der Berliner med. Gesellschaft *über ein neues locales Anaestheticum* von überraschendster intensivster Wirkung, welches nach dem, was über dasselbe mitgetheilt wird, berufen zu sein scheint, das Cocain ganz in den Schatten zu stellen. In Afrika unter dem Namen *Hayab* bekannt, stellt es eine rothe Masse dar und soll nach Berichten Livingstone's bei Menschen, denen es eingeführt worden, die Zunge starr und empfindungslos machen. Wie die chemische Untersuchung ergiebt, ist es ein Glycosid. Auf Grund früherer von L. angestellter Versuche mit den Bestandtheilen einer zuerst im Anfang dieses Jahrhunderts von Oertel beschriebenen Giftpflanze, die an der Westküste Afrikas wächst und bei Gottesgerichten als Pfeilgift etc. benutzt wird, weshalb es den Namen „Erythrofleum judiciale" führt, nahm er eine Vergleichung der Rindenbestandtheile mit Präparaten der Sammlung des Berliner Botanischen Museums vor, die nach dem Urtheil der Fachautoritäten ergab, dass das neue Anaestheticum in der That von dieser Pflanze stamme. Versuche, die L. auf Grund dieser Entdeckung mit Abkochungen des Erythrofleum anstellte, haben nun ergeben, dass seine Vermuthung richtig gewesen ist; denn es gelang ihm als *wirksame Substanz das Erythroflein* ein Alcaloid darzustellen, welches sich als mit dem Hayab identisch erwies. Durch 2 Ctgr. dieses Alcaloids gingen Hunde zu Grunde, Kaninchen sogar durch entsprechend kleinere Dosen. Eine 0,2 procentige Lösung des Alcaloids, einer Katze in's

Auge gebracht, bewirkte nach 15 bis 20 Minuten eine so vollständige und langdauernde Anästhesie, wie sie L. vorher nicht für möglich gehalten hätte; ja schon geringere Dosen hatten dieselbe, 1,2 bis 2½ Tage anhaltende Wirkung. Die Hornhaut bleibt, bei Anwendung dieser Dosen klar, dagegen tritt auf Anwendung concentrirter Lösungen (2%) eine enorme Reizwirkung und Hornhauttrübung ein, die aber nach einigen Tagen von selbst schwindet. Injicirt man einem Thiere, bei dem durch Strychnin der stärkste Tetanus erzeugt wurde, das Erythroflein, so lässt sich an der betreffenden Extremität der Krampf nicht mehr auslösen. Meerschweinchen kann man bei Injectionen unter die Haut nach 15 Minuten die betreffenden Stellen durchschneiden, ja bei Injectionen am Rücken die Haut bis auf die Rückenmuskeln durchschneiden, die letzteren durchstechen, ohne dass das Thier sich rührt; auch die Muskeln werden unempfindlich. Bei Anwendung zu grosser Dosen geht das Thier an Krämpfen zu Grunde. Fängt man aber mit ganz kleinen Quantitäten an, so hat man es vollkommen in der Hand, die Wirkung beliebig abzustufen.

(Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 10. bis 16. Januar 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
308	236	544	83	48	91	12	13	14	68	47	38	39	48	34	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 25, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 18, Scharlach 5, Diphtherie 6, Croup 8, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 11, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 15.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 215 192	1.—7. Januar	2845	35,1	—	1868	22,7
Paris	2 260 945	1.—7. Januar	1157	26,6	84	1138	26,3
Brüssel	177 568	25.—31. Dec.	103	30,2	5	85	24,9
Stockholm	216 807	25.—31. Dec.	171	40,9	6	103	24,7
Kopenhagen	290 000	4.—10. Januar	256	45,9	5	152	27,3
Berlin	1 414 980	1.—7. Januar	858	33,2	39	609	22,4
Wien	790 381	1.—7. Januar	501	32,9	28	385	25,3
Pest	438 865	25.—31. Dec.	310	36,7	19	243	29,2
Warschau	439 174	25.—31. Dec.	639	75,6	18	208	24,6
Odessa	251 400	1.—7. Januar	—	—	6	135	26,9
St. Petersburg	**861 303**	**8.—14. Januar**	**532**	**32,1**	**20**	**490**	**29,5**

Nächste Sitzung des Vereins St-Petersburger Aerzte Dienstag den 2. Februar 1888.

Extra-Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 25. Januar 1888.



SANTAL DE MIDY.

(In Russland erlaubt.)

Santal Midy ersetzt den Copaivabalsam und die Cubebe in der Behandlung der Blennorrhagie, ohne Magenreizung oder Diarrhöe hervorzurufen.

Jede Capsel von **Santal Midy** enthält 20 Centigramm reiner Essenz von gelbem Sandelholz; die Dosis ist 6 bis 12 Capseln täglich, allmälig zu vergrössern und dann zu verringern. 17 (1)

DEPOT: Paris 8, rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

Medico-mechanisches INSTITUT

von Dr. **W. Djakoffsky & C°.**

St. Petersburg, Kasanskaja 3.

Aerztliche und **diätetische** Gymnastik (nach dem mechanischen System des Dr. Zander in Stockholm). **Massage.**

Orthopaedische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und anderer Deformitäten. 2 (6)

Empfang **täglich** von 10—2 Uhr.

St. Petersburger Anstalt für

Massage und schwedische Heilgymnastik

von G. Odéen.

(früher des Dr. Berglind). Arzt der Anstalt Dr. J. Grimm.

Ingenieurstrasse 16, unweit des Circus, im Pavillon des Fechtsaals für Offiziere.

Geöffnet für Damen und Kinder von 12—2 Uhr Nachm.; für Herren des Morgens von 8—11 Uhr, des Nachm. von 3—5 Uhr täglich (ausgenommen des Sonntags).

Die Massage wird nur von examinirten schwedischen **Masseuren**, welche vollständige ärztliche anatomische Kenntnisse besitzen, ausgeführt. 4 (2)

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.

Central-Dépot von Verband-Waaren.

Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.

Sämmtliche Präparate: **Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl.** etc.

Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.

Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc. 6 (1)

Verkauf.

„MARIENBAD"

in Dubbeln-Majorenhof bei Riga am Ostseestrande.

Die seit 1870 bestehende und vom sel. Dr. von Nordström gegründete **Cur- und Badeanstalt** ist mit allem Inventar und 6 Nebengebäuden aus freier Hand zu verkaufen.

Die mit Dampfbetrieb eingerichtete Anstalt ist theils aus Stein, theils aus Holz erbaut und enthält ausser 40 möblirten Wohnzimmern 34 Baderäume zu warmen Seebädern, Schlamm-, Sand- und Dampfbädern, Douchen, Römischen, Sturz- und Wellenbädern etc. etc., sowie ein separates Gebäude zu Heilgymnastik und Massage.

Die sechs aus Holz erbauten Nebengebäude enthalten 42 möblirte Wohnzimmer nebst Wirthschaftsräumen.

Der Grundplatz ist 3 Dessjatinen 1451 □-Faden (circa 11 Lofstellen) gross, sehr hübsch am Meere und an den bewaldeten, parkartigen Dünen in äusserst gesunder Lage gelegen. Reflectanten belieben sich der Bedingungen wegen zu wenden an Fr. v. Nordström, St. Petersburg, Gr. Stallhofstrasse Haus № 5, Quart. 13, oder den Inspector der Anstalt **„Marienbad"** in Dubbeln bei Riga. 24 (2)

•Sodener Mineral-Pastillen•

gegen Lungen-, Brust- und Halsleiden

bereitet unter Controle des **Königl. Sanitätsrath Dr. Stöltzing**; aus den Salzen der berühmten Heilquellen № 3 und № 18 im **Bad Soden.**

Die Einfuhr dieser Pastillen nach Russland ist von der hohen Medicinalbehörde in St. Petersburg gestattet. 3 (13)

Schutzmarke. Dieselben sind in fast allen Apotheken und Droguerien à 70 Kop. verkäuflich.

Engros-Verkauf bei **M. Morgenstern**, Gr. Morskaja 23, **St. Petersburg.**





F. Schwabe,

Kaiserl. Russischer Hoflieferant in MOSKAU empfiehlt

ASTHMA-STÜHLE

nach Prof. Rossbach,

je nach **Ausführung à 20 u. à 25 Rbl. per Stück**, exclusive Zusendung u. Verpackung, welche zum Selbstkostenpreise berechnet werden.

Grösstes Lager aller chirurgischen Instrumente mit Metallgriffen, Orthopädische Apparate, Bandagen etc.! 13 (1)

Preislisten und Cataloge gratis und franco.



natürliches arsen- und eisenreiches MINERALWASSER

(**Analyse Prof. Ludwig v. Barth Wien**), gebraucht bei Schwäche, Anämie, Chlorose, Nervosität, Blut- und Hautkrankheiten, Menstruations-Anomalien, Malaria, Scrophulose, Neuralgien etc. — Vorräthig in St. Petersburg bei Stoll & Schmidt, H. Kloss & Co., Pharmaceut. Handelsgesellschaft; Moskau: Carl Ferrein; Odessa: J. Pokorny, Apotheker.

Röhrchen-Levasseur Kiste 3 fr.

Apoth. 23 rue de la monnaie. Paris.

Pilules anti-Nevralgiques

von Dr. CRONIER.

Apoth. 23. Rue de la monnaie. Paris.

Muster der Röhrchen werden versandt franco durch den Erfinder, 7 rue du Pont Neuf Paris.

Дозв. ценз. Спб. 22. Января 1888 г. Herausgeber Dr. L. v. Holst. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. L. v. HOLST, St. Petersburg. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

☞ **Inserate** werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. ☜

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten.

№ 5. St. Petersburg, 30. Januar (11. Februar) 1888.

Die Elythrohysterotomie.

Von

Dr. O. v. Grünewaldt.

Die vaginale Exstirpation des Uterus ist sicher eine werthvolle Errungenschaft der letzten Jahre, und es ist nicht zu bezweifeln, dass die Indicationen für diese Operation sich in verschiedenen Richtungen erweitern und namentlich nicht auf die Ausrottung bösartiger Neubildungen beschränkt bleiben werden.

Es ist nicht uninteressant in die Vergangenheit zurückzublicken und die Bestrebungen in's Auge zu fassen, die schon seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts gemacht worden sind zum Zweck den Uterus in toto zu exstirpiren, meistentheils in der Absicht ein Carcinom zu eliminiren, bisweilen aber auch, um die von auf anderem Wege unheilbarem Prolaps gequälten Kranken von ihren Leiden zu befreien. Dabei ist es bemerkenswerth, welchen Gang die Bemühungen der Chirurgen genommen haben. Die ältesten Operationen vom Ende des vorigen Jahrhunderts, sowie die später von Langenbeck, Sauter, Blundell, Récamier, Kieter u. A. ausgeführten, waren vaginale, bis im Jahre 1878 Freund in Breslau seine sinnreiche Exstirpation des Uterus von der Bauchhöhle aus erfand und ausführte. Seine Methode wurde vielfach nachgemacht, die Resultate derselben gestalteten sich aber so ungünstig, dass die von Czerny, Schröder, Billroth und Martin inaugurirte Methode der vaginalen Exstirpation die Freund'sche bald fast vollkommen aus der Praxis verdrängte und ihr nur die Fälle nachliess, in welchen das zu bedeutende Volum des erkrankten Organes eine Entfernung desselben durch die Scheide unmöglich erscheinen liess.

Die technischen Schwierigkeiten der Operation hielten begreiflicher Weise zunächst noch viele Operateure davon ab, sich an dieses Unternehmen zu machen. Ein zweites Moment, welches der allgemeineren Aufnahme dieser Operation in die Praxis hindernd in den Weg trat, war die Häufigkeit, mit welcher die Recidive nach der Operation sich einstellten, und die beim Vergleich mit den Resultaten der partiellen Resection des unteren Abschnittes des Uterus sich nicht so bedeutend günstiger gestalteten, dass nicht sehr viele, vielleicht die meisten Gynäkologen es vorgezogen hätten, sich mit einer hohen trichterförmigen Excision der Cervix zu begnügen, als einer relativ viel ungefährlicheren Operation.

Diese Anschauung erscheint sehr wohl motivirt, wenn die Resultate der Operation in Betracht gezogen werden, wie sie sich noch bis vor Kurzem herausgestellt haben. Winckel berechnet in seinem 1886 erschienenen Lehrbuche der Frauenkrankheiten die Mortalität nach der Elythrohysterotomie auf 26—27%, eine Zahl, die noch viel zu niedrig gegriffen ist, weil sicherlich eine grosse Anzahl von durch verschiedene Operateure ausgeführten und letal verlaufenen Exstirpationen nicht veröffentlicht ist. Es ist aber mit vollem Recht von mehrern Autoren z. B. Martin, Leopold u. A. darauf hingewiesen worden, dass mit einer so allgemein gefassten Statistik kein richtiger Maassstab gegeben wird für die Dignität einer Operation, für welche anfangs die Breite der Indicationsstellung viel zu weit bemessen wurde, und dass in sie alle die vielen Fälle garnicht hineingezogen werden dürften, in welchen wegen zu weit vorgeschrittener Erkrankung die Operation nicht mehr statthaft war.

So stellt sich auch das Resultat nach späteren Zusammenstellungen der Operateure, die mit grösserer Vorsicht die nicht operablen Fälle ausschalteten, bei Weitem günstiger. Es liegt gewiss in der Natur der Sache, dass der zu Rathe gezogene Gynäkolog um so eher an die grössere und vollständige Operation denken wird, je weiter in dem ihm doch noch operabel erscheinenden Falle die Neubildung vorgeschritten erscheint, und dass er hoffen wird, mit einer relativ ungefährlichen Collumamputation auszukommen, wo er Grund hat anzunehmen, dass ein Cancroid oder ein Krebs die Grenzen des Orificium int. uteri noch nicht überschritten hat.

Gerade diese Anschauung ist, m. H., eine sehr gefährliche. Die klinische Erkenntniss davon, bis wie weit ein Uterus und in seinen Annexen eine bösartige Neubildung vorgeschritten ist, ist nahezu unmöglich, und in dieser Beziehung sind wir bei der Indicationsstellung für die Art der Krebsoperation gegenwärtig noch sehr dem Zufall überlassen.

Es ist bekannt, dass häufig bei kaum geschwelltem Uterus, bei noch sehr wenig weitgehender Erkrankung der Muttermundslippen, wo die Annahme einer noch eng begrenzten Collumaffection sehr berechtigt erscheint, sich Erkrankungsherde im Cavum vorfinden, die nach der Palliativoperation bald ihren verderblichen Gang weiter nehmen. Wenn in dem seitlich vom Fruchthalter gelegenen Bindegewebe sich nachweisbare Knoten finden, wird kein Operateur sich leicht dazu entschliessen den Uterus zu reseciren, mit dem Risico in kurzer Frist ein inoperables Recidiv auftreten zu sehen. Wie oft aber finden wir klinisch die Parametrien frei, den Uterus gut beweglich, und dennoch hat die Neubildung in Form geringer, weicher Infiltration bereits das Beckenbindegewebe mit ergriffen. Diese Fälle werden glücklicher Weise die Ausnahmen bilden, und eine unter solchen Umständen unternommene Radicaloperation dürfte nicht den Vorwurf eines ungerechtfertigten Eingriffes involviren.

Eine erschöpfende und beweisende Statistik des Werthes der Hysteroelythrotomie wegen bösartiger Neubildung dürfte sich aber nur aufbauen aus Fällen von ausschliesslicher Erkrankung des Collum oder des Corpus uteri, und eine solche Statistik würde sich sehr zu Gunsten dieser Operation gestalten. Schon eine kurze Zusammenstellung von nahe an 400 vaginalen Exstirpationen (Schröder, Hofmeier 74 Fälle mit 16,2% Todesfällen, Martin 134 Fälle, 16,4%, Olshausen bis 1884 29 Fälle, 24% Todesfälle, Fritsch 60 Operationen, 10,1%, Leopold 48 Operationen, 6%, Brenneke 18 Fälle ohne Todesfall, im klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna in St. Petersburg 10 Operationen ohne Todesfall, Fritz Frank in Köln 17 ohne Todesfall) ergiebt nur 14%, um 12—13% weniger Mortalität, als die von Winckel zusammengestellte. Und sehen wir die Verlustlisten genauer an, so finden wir, dass dieselben fast ausschliesslich gebildet werden von solchen Fällen, die nicht mehr hätten operirt werden sollen.

Diese Angaben beziehen sich nur auf die Folgen des operativen Eingriffes und nicht auf den später an Recidiven erfolgten Tod, und sollen zunächst nur dazu dienen, die unmittelbare Gefahr der Operation als solcher zu illustriren. Sie lassen aber dieselbe viel grösser erscheinen, als sie es factisch ist, wie sich an der Hand der Resultate einzelner Operateure erweisen lässt, nach welchen in der That die vaginale Exstirpation den grössten Theil der Befürchtungen als unbegründet erscheinen lässt, mit welchen im Anfange diese Operation von vielen Seiten beurtheilt worden ist. Nehmen wir z. B. die in den letzten Jahren von Fritsch (60), Leopold (48), Brenneke (18), Frank in Köln (17) und im hiesigen klinischen Institut von den DDr. Bidder und von Ott operirten 10 Fälle, — in Summa 153 mit im Ganzen 10 Todesfällen in Folge der Operation, so haben wir ein Sterblichkeitsverhältniss von nur 6,5%, und können uns dem Ausspruch Fritsch's anschliessen, dass dieses gewiss noch mehr (auf 3—4%) herabgemindert werden wird.

An der Hand dieser Zahlen wird die Schätzung der Dignität dieser Operation jetzt in weit günstigerem Lichte geschehen, als z. B. noch vor 2 Jahren; dass die Resultate so viel bessere geworden sind, liegt viel weniger an der Vervollkommnung der operativen Technik und der antiseptischen Vorkehrungen, als an dem Umstande, dass in der Auswahl der zu operirenden Fälle mit grösserer Vorsicht verfahren wird.

Zur Beurtheilung dessen, nach welcher der bis jetzt geübten Methoden im gegebenen Falle operirt werden soll, ist es zweckmässig sich darüber klar zu werden, in wie weit den Bedingungen zu entsprechen ist, deren Erfüllung eine conditio sine qua non ist, wenn ein gutes Resultat erreicht werden soll. Dieselben sind von Brenneke (Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XII, H. 1) ausgesprochen, und werden in jedem einzelnen Fall ihre Gültigkeit haben.

1) Das Operationsfeld muss bequem zugängig gemacht und sicher zugängig erhalten werden. Bei stricter Beobachtung dieses Punctes wird auch am sichersten vermieden werden Fälle zu operiren, die nichtmehr operirt werden dürften, weil bei zuweit vorgeschrittener Neubildung es nicht mehr gelingen kann den Uterus und das Scheidengewölbe genügend freizulegen; die krebsige Infiltration des parametralen Bindegewebes und die dadurch bedingte Fixation der Organe gestatten keine hinreichende Verlagerung der zu resecirenden Gewebe. Dasselbe gilt von der 2. Bedingung: die eventuell drohende Blutung muss sicher beherrscht werden können. Dieses Postulat zu erfüllen in degenerirtem und starrem Bindegewebe ist in genügender Weise nicht möglich.

3) Die Verletzung wichtiger Nachbarorgane, Blase, Ureteren und Mastdarm muss sicher vermieden werden können und

4) soll der Gang der Operation und der Nachbehandlung die grösstmögliche Garantie für einen aseptischen und von üblen Zwischenfällen ungestörten Heilungsverlauf bieten. Hierzu möchte ich als fünfte Bedingung noch hinzusetzen, dass im Verlaufe der Operation eine Verpflanzung von Krebszellen auf die Operationswunde und das Peritonäum sicher zu vermeiden sei.

Sämmtliche bisher geübte Methoden der vaginalen Uterusexstirpation verfolgen den Weg durch schrittweises Unterbinden und Abpräpariren den Uterus aus seiner Umgebung herauszulösen, und differiren untereinander nur in Einzelheiten der Ausführung. Schröder umschnitt erst die vordere Wand der Cervix, dann die hintere, unterband dann die seitlichen Anhänge, nachdem er den Uterus nach hinten umgestülpt hatte, en masse; Martin umschneidet erst hinten, geht bis zum Douglas vor, legt einige blutstillende Nähte durch das Scheidengewölbe und das Peritonäum, dann vernäht er den Boden der Ligamenta lata und schliesst damit die Lumina der zuführenden Gefässe, darauf umschneidet er die vordere Peripherie des Collum, vernäht die darauf mit dem Finger zwischen Uterus und Blase gelösten Gewebe mit dem durchschnittenen Scheidenrande, zieht dann den nach hinten umgestülpten Uterus durch den Schlitz im Douglas hervor und unterbindet in 2—3 Abschnitten die Lig. lata und die entfalteten Tuben, unterbindet und trennt dann die Gewebsmassen an den Seiten des unteren Abschnittes des Collum, und löst dann den ganzen Uterus.

Fritsch (Arch. für Gyn. Bd. XXV, H. 1. Bokelmann) beginnt mit der seitlichen Umschneidung der Portio und schrittweisen Ablösung der Cervix vom parametralen Gewebe, Umstechung der Art. uterina; darauf umschneidet er das vordere Scheidengewölbe, löst die Blase ab, eröffnet die Plica vesicouterina und holt den stark anteflectirten Uterus durch diese Oeffnung heraus, dann versorgt er die Ligamenta lata, löst die Cervix vom hinteren Scheidengewölbe, ganz zuletzt das Peritonäum des Douglas und entfernt den Uterus.

C. Müller macht den Vorschlag, den Uterus median zu spalten, dann die beiden Hälften einzeln zu lösen.

Olshausen stülpt den Uterus nicht um, sondern umschneidet zunächst die ganze Portio, löst stumpf die vordere und hintere Wand, zieht den Uterus herab, durchschneidet das Peritonäum hinten und vorn, unterbindet mit elastischen Ligaturen die Ligamenta lata en masse und löst dann den Uterus.

Nach demselben Princip den Uterus nicht umgestülpt, sondern in situ hervorzuziehen operirt auch Leopold, nur substituirt er, wie mir scheint mit gutem Grunde, der Ligatur en masse eine solche en detail, indem er Schritt für Schritt die seitlichen Anhänge ligirt und centralwärts durchschneidet. Es ist unzweifelhaft, dass bei einer solchen Art der Unterbindung eine grössere Sicherheit vor Nachblutungen geboten wird, als bei dem Zusammenschnüren grösserer Gewebsmassen.

Fritz Frank in Köln (Arch. f. Gyn. XXX, 1) schält den Uterus extraperitonäal heraus, lässt den Peritonäalüberzug intact und vernäht die Peritonäalplatten miteinander.

Allen diesen Methoden ist das Princip gemeinsam, dass bei ihnen die Hauptsorge zugewandt wird den von den Seiten an den Uterus herantretenden starken Gefässbündeln und Bindegewebszügen, durch deren Unterbindung der Blutverlust nach Möglichkeit vermindert wird. Von der vorderen und hinteren Fläche her bezieht der Uterus keine grösseren Gefässe, und diese Flächen lassen sich leicht stumpf von anhängendem Bindegewebe trennen. Die Modificationen der Umstülpung des Organes per retroflexionem oder per anteflexionem scheinen mir principiell keine bedeutungsvollen, es sei denn, dass für sie eine Unterbindung en masse als nothwendige Bedingung hingestellt werde. Es ist durch eine grosse Reihe von Operationen erwiesen, dass die immerhin mitunter recht schwierige Umstülpung nicht nothwendig ist, und dass der Uterus nach Olshausen und Leopold in situ herausgenommen werden kann, wobei die schrittweise Unterbindung der seitlichen Bindegewebsmassen und Gefässbündel in kleinen Partien sich meist ohne erhebliche Schwierigkeiten bewerkstelligen lässt.

Bei dieser Methode hatte Leopold unter 48 Fällen bei 38 ganz afebrilen Heilungsverlauf, bei 6 einen solchen mit ganz geringen Temperatursteigerungen, bei 3 trat stärkeres Fieber auf, — 2 von diesen Kranken starben, und eine ging an Ileus zu Grunde. Brennecke, der mit Umstülpung des Uterus operirt, hatte nach 18 Operationen 13 Mal fieberlosen, 3 Mal leicht und 2 Mal schwerer fieberhaften Verlauf, und verlor keine Kranke an der Operation. Von Fritsch's ersten 19 Fällen genasen 8, ohne zu fiebern, 9 zeigten vorübergehende leichte Temperatursteigerungen, schwereres Fieber hatten 2. Gestorben sind 2, die eine an Chok oder Sepsis, die andere ohne Fieber am 7. Tage an Darmocclusion. Von Fr. Frank's 17 Fällen verliefen reactionslos 6, mit leichtem Fieber 7, mit stärkerem Fieber 2, bei zwei Fällen fehlen die Angaben über die Temperaturcurve; alle Operirten genasen. Von den anderen Autoren fand ich keine detaillirten Angaben über die Art des Heilungsverlaufes; Schröder sprach sich über denselben dahin aus, dass die Operirten den Eindruck von Wöchnerinnen machen, die nach stärkerem Blutverlust inter partum sich angegriffen fühlen. Nimmt man dazu, dass sehr viele Kranke im Stande waren, vor Ablauf der 3. Woche p. op. das Bett zu verlassen, so muss man zugeben, dass dieser operative Eingriff, bei welchem das Weib ihren ganzen Fortpflanzungsapparat einbüsst, auffallend leicht ertragen wird, und dass ihm eine geringere Dignität zugesprochen werden darf, als z. B. den Laparohysterotomien.

Beim Vergleiche der einzelnen Operationsmethoden muss am meisten Gewicht gelegt werden auf das Moment der Eröffnung des Bauchfells, als auf den Umstand, der am leichtesten den Erfolg compromittiren kann. Bis zu dem Augenblick der Peritonäaleröffnung kann eine Berieselung des Operationsfeldes gefahrlos durchgeführt werden, nachdem aber muss eine solche begreiflicher Weise unterbleiben und durch vorsichtiges Abtupfen ersetzt werden. Theoretisch ist es daher wünschenswerth, dass dieser Moment möglichst weit hinausgeschoben, und dass nach ihm die Dauer der Operation möglichst abgekürzt werde. Im gegebenen Falle wird es nicht immer möglich sein, sich von theoretischen Bedenken leiten zu lassen, und es mag sich leicht ereignen, dass der Operateur gezwungen ist, das Peritonäum zu eröffnen, bevor er die Umstechung der seitlichen Anhänge vollendet hat. Principiell aber ist es gewiss richtiger, alle Acte der Operation, die extraperitonäal zu geschehen haben, zu vollenden, bevor man in die Bauchhöhle eindringt; wo das gelingt, wird sich die Prognose unzweifelhaft im Allgemeinen günstiger gestalten. In dieser Beziehung ist die von Frank vorgeschlagene und geübte Methode der extraperitonäalen Ausschälung des Uterus vielleicht die gefahrloseste, obschon die von ihm mitgetheilten Krankheits- und Operationsgeschichten nicht den Beweis liefern, dass der Wundverlauf bei denselben günstiger war, als z. B. in den Brennecke-schen Fällen. Frank's Indicationsstellung hat im Schosse der gynäkologischen Section der Strassburger Naturforscherversammlung lebhafte Angriffe erfahren, und seine Operationsmethode hat von anderen Seiten noch keine Nachahmung gefunden. Die Thatsache, dass ihm nach 17 Uterusexstirpationen keine Operirte gestorben ist, spricht dafür, dass der Eingriff gut vertragen werden kann. Die Vernähung des Defectes im Bauchfell wird nicht mehr geübt, und statt dessen ist die Drainirung der Wunde allgemein aufgenommen. Einige, wie Martin, legen ein Gummidrain, andere ein Glasdrain in die tamponirte Vagina, die meisten aber tamponiren mit Jodoformmarly, durch welche die Wundsecrete am gefahrlosesten ihren Weg nach aussen finden. Erfahrungsgemäss schliesst sich der Defect im Bauchfell über dem Jodoformtampon ziemlich bald, und ein Vorfall von Darmschlingen ist nicht zu befürchten. Unvermeidlich ist das Absterben der ligirten Gewebsstümpfe und eine dadurch bedingte Infection scheint mit Hülfe der Jodoformmarlytampons ziemlich sicher verhütet werden zu können, wie die grosse Zahl fieberlos verlaufender Fälle beweist. Die Nachbehandlung ist im Uebrigen eine völlig exspectative; Vaginalausspülungen können natürlich erst von dem Moment ausgeführt werden, wo sich der Wundtrichter geschlossen hat und ein Eindringen der Spülflüssigkeit in die Bauchhöhle unmöglich geworden ist. Wiederholt ist es beobachtet worden, dass unvorsichtig ausgeführte Spülungen von intensiven Schmerzanfällen gefolgt waren. Im 54. Fall von Fritsch erfolgte nach einer Vaginalausspülung am 7. Tage nach der Operation plötzlicher Tod.

Die Vorsicht bei der Operation, kein wichtiges Nachbarorgan, Blase, Ureter, Mastdarm, zu verletzen, ist bei richtiger Auswahl der Fälle ohne Schwierigkeiten zu beobachten. Lässt sich der Uterus genügend nach unten dislociren, so markirt ein eingeführter Catheter die Blasengrenze genügend genau; ist das dem Collum anliegende Zellgewebe nicht infiltrirt, so folgt der Uterus willig dem starken Zuge nach unten, die Ureteren und die Blase entfernen sich vom Uterus; die Trennung der zu resecirenden Gewebe von jenen geschieht stumpf, indem man sich dicht an die Wandungen der Gebärmutter hält und auf die Weise eine Verletzung der zu schonenden Organe leicht vermeidet. Solche sind in einzelnen Fällen vorgekommen und wohl nur da, wo das Zellgewebe nicht mehr gesund war. So finden sich unter Fritsch's Fällen 2, in denen Urinträufeln nach der Operation auftrat; in dem einen Falle (30) war der linke Ureter unterbunden worden, die Kranke starb am 4. Tage. Section: Dilatatio cordis, Dilatatio beider Ureteren, leichte Hydronephrose, beginnende Schrumpfniere, vom linken Ureter fehlt ein Stück, beide Enden unterbunden. Im 2. betr. Fall (32) trat 14 Tage p. o. Urinträufeln ein, das spontan heilte. Pat. war nach 15—16 Monaten noch völlig gesund.

(Schluss folgt).

Referate.

W. Wyssokowitsch: Ueber die Ursachen der Eiterung. (Wratsch. 1887, 35—39).

Zum grössten Theile besteht der Artikel in einer Polemik gegen die Metschnikow'sche Phagocythenlehre. Verf. ist Gegner derselben und kann den weissen Blutkörperchen die ihnen von M. vindicirte Rolle nicht zugestehen, im Gegentheil findet er „den Hauptwiderstand des Organismus gegen die Infection in den Zellenelementen des fixen (фиксированной) Bindegewebes, den Makrophagen M.'s".

Verf. schliesst sich nach seinen Experimenten, die im Originale nachzulesen sind, der Ansicht an, dass „die Bacterien nicht an und für sich, sondern die durch sie gebildeten Stoffe, durch längere Einwirkung auf Gewebe und Gefässwandung Eiterung hervorrufen". Die dabei gebildeten Toxine, ohne die Mikroorganismen, können denselben Eiterungsprocess hervorrufen, wenn sie andern Thieren zugeführt werden. Die Wirkungsweise der Toxine stellt sich Verf. ausserdem noch so vor, als ob sie „auf die Zellenelemente eine tödtende Wirkung ausüben und so die Möglichkeit geben für die Weiterentwickelung der Mikroorganismen an Ort und Stelle, vielleicht auch auf Kosten des veränderten, ertödteten Gewebes". An einem Beispiel, dem Erysipel, sucht Verf. diese Ansicht klarzulegen. N.

Prof. Schauta: Ueber gynaekologische Massage. Vortrag, gehalten in der Section Pilsen des Centralvereins deutscher Aerzte in Böhmen. (Prag. med. Woch. № 43. 1887).

Vortragender versteht unter gynaekologischer Massage alle die manuellen therapeutischen Eingriffe auf die Beckenorgane des Weibes, wie sie Brandt in die Gynaekologie eingeführt, und die nicht nur die Resorption abgelagerter Entzündungsproducte, sondern auch die Lostrennung fixirter Beckenorgane, sowie endlich die Wiederherstellung der Contractionsfähigkeit des musculären Apparats im Becken bezwecken. Hat die Massage sich in der Chirurgie schon längst einen Ehrenplatz errungen, so ist sie bei gynaekologischen Leiden noch heute etwas sehr wenig Bekanntes, obwohl sie nach Meinung des Verfassers auch in solchen Fällen die ausgedehnteste Anwendung verdiente. Der Begründer dieser Behandlungsmethode ist Thure Brandt in Stockholm, ein Nichtarzt, der mit grosser Kenntniss und vielem Geschick ausgerüstet sehr viele bewunderungswürdige Erfolge erzielt habe. Auf sein Vorbild fussend hätten sich nur wenige Männer mit dieser Methode der Behandlung von Unterleibskrankheiten befasst. Verfasser nennt Nissen, einen Schüler Brandt's; ferner Asp, Reeves Jackson. In Deutschland und Oesterreich: Prochownik, Rosenstirn, Peters, Bunge, Chrobak, Bandl, Heitzmann, Winiwarter und Reibmayr. Die zu ferneren Versuchen nicht besonders ermunternden Resultate dieser Autoren führt Verfasser darauf zurück, dass jeder von ihnen seine eigene Methode in Anwendung gezogen und über die richtige Brandt'sche Methode sich nicht ganz klar gewesen sei. Um dieser im allgemeinen herrschenden Unkenntniss des richtigen Verfahrens abzuhelfen, unternahm es Profanter im Winter 1885—86 zu Brandt selbst in die Lehre zu gehen und dessen Methode aus eigener Anschauung kennen zu lernen. Ueberzeugt von der Vortrefflichkeit derselben veranlasste er im nächsten Winter Brandt und Nissen nach Jena zu kommen, um unter Prof. Schulze's Controle Proben ihrer Erfolge abzulegen. Die Resultate dieser Reise sind niedergelegt in den Publicationen Profanter's „Ueber Massage in der Gynaekologie", in welcher Publication Schulze in einem Vorwort seine vollständige Anerkennung der Resultate Brandt's ausspricht. Auch Resch in Greifswald schloss sich später dem Urtheil Schulze's und Profanter's an. Diese Publicationen veranlassten den Vortragenden ebenfalls durch eigene Anschauung Brandt's Methode kennen zu lernen und er brachte zu diesem Behuf im vergangenen Sommer einige Wochen in Stockholm zu, wo er in der That den Eindruck gewann, dass durch Brandt's Methode der gynaekologischen Therapie ein weites und erfolgreiches Arbeitsfeld eröffnet werden dürfte. Obgleich Brandt Laie ist, soll er geradezu ein Meister der gynaekologischen Diagnostik sein. Ausser seiner diagnostischen Fertigkeit, die er sich im Laufe von 26 Jahren angeeignet, besitze er auch eine seltene Geschicklichkeit; seine nur schonungsvolles und zartes Vorgehen gestattende Methode sei mit kritischem, echt naturwissenschaftlich beobachtendem Verstande sorgfältig ausgebildet. Verfasser sah umfangreiche Exsudate und Exsudatstränge in wenigen Tagen schwinden; fixirte Ovarien, oder den retrovertirten, fixirten Uterus beweglich werden, sowie endlich in 2 Fällen von Retroversio uteri den Uterus unter Einwirkung der sogenannten Uterushebung nach wenigen Tagen in normaler Anteflexionsstellung verharren. Wie jede andere Methode hat auch die manuelle Behandlung gynaekologischer Leiden ihre Indicationen und Contraindicationen. Berechtigt sei ihre Anwendung bei chr. Entzündung des Beckenzellgewebes mit oder ohne Dislocation des Uterus; bei Dislocation und Fixation der Ovarien, bei Metritis chronica, bei Hämatocele und endlich bei Erschlaffung des musculären Apparats und dessen Folgezuständen, des Descensus und Prolapsus uteri. Als Contraindicationen gelten acute Entzündung, gonorrhoische Infection, hochgradige Erregbarkeit des Nervensystems, sehr fette Bauchdecken. Bevor Verfasser zur Beschreibung der wesentlichen Handgriffe, welche die Brandt'sche Methode ausmachen, übergeht, bemerkt er vorhinein, dass deren Technik durchaus nicht leicht zu erlernen sei. Nur derjenige mag sie üben, der Meister in der gynaekologischen Untersuchung sei. „Bei Ausführung der Massage bei Beckenexsudaten und dgl. liegt die Patientin auf einem niedrigen, kurzen Sopha bei stark erhöhtem Kopfe und Schultern, wobei Brandt an der linken Seite der Patientin sitzend, unter dem linken Oberschenkel derselben mit der linken Hand eingeht. Für gewöhnlich und soweit es möglich ist, wird der Zeigefinger der linken Hand von der Vagina aus die Gegenstütze für die Bewegung der anderen Hand bilden. Unter Umständen muss dies jedoch auch vom Rectum, ja sogar von beiden Körperhöhlen gleichzeitig geschehen (wobei dann der Zeigefinger im Rectum, der Daumen in der Scheide liegt), besonders dort, wo massigere Infiltrate, die auf die Spitze eines Fingers nicht aufgelagert werden können, vorhanden sind. Der Ellbogen der linken Hand stützt sich dabei auf die Innenfläche des linken Oberschenkels des Operateurs. Die rechte Hand wird nun bei vollkommen gestreckten Fingern auf die entsprechende Stelle des Abdomen aufgelegt, worauf die Hand zuerst unter sehr sanftem Drucke kleine kreisförmige Bewegungen ausführt und während dieser Bewegungen die Bauchdecken successive immer tiefer eindrückt, bis endlich das zu massirende Infiltrat dicht zwischen den Fingern dieser Hand und dem in der Scheide liegenden Zeigefinger gefühlt wird. Die Bewegungen der rechten Hand erfolgen dabei in der Weise, dass die Fingergelenke und das Handgelenk vollkommen steif gehalten werden, und die Bewegung nur im Ellbogen und Schultergelenk vor sich geht. Man massirt womöglich nicht mit den Fingerspitzen, sondern mit der Volarfläche des dritten Fingergliedes des Zeige- und Mittelfingers oder des Mittel- und Ringfingers, eventuell aller drei gleichzeitig. Bei massigeren Exsudaten führt Brandt vor Beginn der eigentlichen Massage in der Sitzung eine sogenannte Einleitungsmassage aus, indem er am Promontorium und der vorderen Kreuzbeinfläche, mit gegen dieselbe gekehrter Volarfläche der Finger, kreisförmige, streichende Bewegungen ausführt, da daselbst die meisten Lymphdrüsen liegen, um diese zunächst zu entleeren und dieselben zur Aufnahme neuer Lymphe tauglich zu machen. Um gespannte oder verkürzte Ligamente auszuzerren, den fixirten Uterus oder die Ovarien beweglich zu machen, bewegt man die Hand während der kreisförmigen Streichungen allmälig in dem Sinne, in welchem man die Adhäsion auszudehnen beabsichtigt. Ist z. B. durch ein verkürztes und infiltrirtes Ligament der Uterus einer Beckenwand stark genähert, so beginnt man mit der Massage dieses Ligamentes in der Nähe des Beckenrandes und schreitet unter kreisförmigen Bewegungen mit der rechten Hand successive gegen den Uterus vor, um den Uterus in die Medianlinie, ja sogar aus dieser in die andere Seite hinüber zu bewegen, wobei auch der in der Scheide liegende Finger in demselben Sinne seinen Ort verändert. Schliesslich werden auch ganz kleine, zitternde Bewegungen zur Auszerrung der Ligamente verwendet. Alle diese Bewegungen dürfen nur in solcher Stärke ausgeführt werden, dass die Patientin keine Schmerzen empfindet. Die Dauer der einzelnen Sitzungen, deren täglich eine bis zwei vorgenommen werden, richtet sich nach der Empfindlichkeit der Patientin und schwankt zwischen 2 und 15 Minuten. Besonders in den ersten Sitzungen beschränke man sich auf kürzere Dauer und massire mit sehr gelindem Drucke. Zur Herstellung des normalen Tonus der musculären Fixationsapparate des Uterus wird von Brandt das sogenannte Uterusheben geübt. Die Pat. liegt wie früher, der Operateur fasst die beiden unteren Extremitäten der Pat. unter dem Knie, beugt dieselben im Hüftgelenk bis zum rechten Winkel, hierauf stützt er sich mit einem Knie auf die Unterlage, auf der die Pat. liegt, während der andere Fuss auf dem Boden zur Seite des Divans steht und die gebeugten Extremitäten der Patientin gegen die Beckengegend des Operateurs sich stemmen. Nun setzt er die Fingerspitzen seiner beiden stark supinirten Hände etwa in der Gegend des Promontoriums auf die Bauchdecken, verschiebt die Bauchhaut nach abwärts bis in die Gegend der Symphyse, und drückt dann die Fingerspitzen beider Hände dicht nebeneinander zwischen Symphyse und Uterus in die Beckenhöhle ein, wobei er seine Arme fast gestreckt hält, und seinen Oberkörper soweit senkt, dass sein Gesicht dem Gesichte der Patientin sich nähert. Die tief ins Becken eingedrückten Fingerspitzen werden nun leicht gebeugt und umfassen von vorne her den Uterus, den sie nun sehr langsam und allmälig an der vorderen Kreuzbeinfläche und am Promontorium vorbei über den Beckeneingang hinausstreichen. Ist der Uterus ad maximum gehoben, so lässt man ihn langsam ins Becken zurücksinken, und wiederholt diesen Vorgang in jeder Sitzung 2 bis 3 mal. Führt man diesen Handgriff allein, ohne Assistenz aus, so gelingt er häufig nicht; das kommt daher, weil man bei anteflectirtem, dicht hinter der Symphyse liegendem Uteruskörper mit den Fingerspitzen hinter denselben geräth, oder bei retrovertirtem Uterus den Uterusfundus noch tiefer in die Kreuzbeinhöhlung hineinpresst. Deshalb ist es sehr zweckmässig diesen Handgriff nur mit Assistenz auszuführen. Der Assistent hat dabei die Aufgabe das Nachhintenfallen des Uterus in die Kreuzbeinaushöhlung dadurch zu verhindern, dass er von der Scheide aus den Cervix nach hinten drängt, während er bei antevertirtem, oder anteflectirtem Uterus gleichzeitig mit der aussen aufgelegten Hand den Uteruskörper in einer mässigen Entfernung von der Symphyse hält, und dem Operateur durch die Lage seiner Hand die Stelle andeutet, an der er ins Becken einzudringen hat, um vor den Uterus zu gelangen. Erscheint die Massage in ihrer Wirkung leicht verständlich, so bliebe doch die Wirkung der sogenannten Uterushebung bei Descensus und Prolapsus uteri recht schwierig zu erkiären, es sei denn dass ein schwacher Muskel dadurch gestärkt werden kann, dass man ihn wiederholt passiv dehnt und in die Länge zerrt. In seiner Publication, die den Titel führt: Nouvelle méthode gymnastique pour le traitement des maladies des organes du bassin, führt Brandt eine grössere Anzahl von Heilungen bei Uterusprolaps an, welche Fälle von verschiedenen Aerzten controllirt und attestirt worden sind. Am Schlusse des sehr lesenswerthen Vortrages wird von Prof. Schauta die Hoffnung ausgesprochen, dass es den vereinten Bemühungen der Fachleute gelingen werde, die Methode in nächster Zeit zum Gemeingut aller Aerzte zu machen und Indicationen sowie Contraindicationen genauer zu präcisiren. — tz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Ferdinand von Arlt: Meine Erlebnisse. Mit zwei Porträts in Heliogravure und Lichtdruck, und der Facsimilereproduction eines Briefes. Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann.

Ein Leben reich an Arbeit und Sorgen, aber auch selten reich an ausgezeichneten Erfolgen entrollt sich in diesen Blättern, auf denen der am 9. März 1887 verstorbene berühmte Ophthalmologe seine Erlebnisse verzeichnet hat. Einen mühsamen Weg hat der Sohn des armen Bergschmiedes aus Obergraupen bei Teplitz machen müssen

bis er sich hinaufgearbeitet zum allbekannten Professor in Wien. Er schildert ihn uns in den ersten Kapiteln: das Elternhaus, die Dorfschule, am Gymnasium, am Lyceum, an der Universität, in der schlichten, bescheidenen Weise, die ihm trotz aller späteren Erfolge stets eigen war. Es finden sich da wenig besondere Ereignisse oder interessante Erlebnisse, aber Interesse wird Jeder der Schilderung der arbeitsreichen Jugend Arlt's abgewinnen. Dieselbe mag ausser der Eigenart A.'s mitbestimmend dazu gewesen sein, dass er sich später fast ausschliesslich seiner Lehrthätigkeit und Praxis hingab, wenig anderen Interessen folgte. Das spricht sich auch in den weiteren Kapiteln der Selbstbiographie aus, die hauptsächlich von seinen Berufsschicksalen, seinen Arbeiten, seinen Collegen und Freunden handeln. Unter letzteren finden wir viele der besten Namen, wie Skoda, Rokitansky, Oppolzer, die mit A. zusammen den Ruf der neuen Wiener Schule überallhin verbreiteten, und ferner die meisten bedeutenderen Ophthalmologen der letzten 40 Jahre wie Graefe, Donders, Horner etc. Die Beziehung A.'s zu allen diesen berühmten Männern giebt dem Buche ein ganz besonderes Interesse. — Ueber A.'s letzte Lebensjahre, Krankheit und Tod berichtet Prof. O. Becker, sein Schüler und Freund, dem A. die Herausgabe seiner Selbstbiographie nach seinem Tode anvertraut hatte. Becker fügt ein langes Verzeichniss der Arbeiten A.'s, sowie der auf seine Anregung von seinen Schülern verfassten Arbeiten hinzu, woraus die fruchtbare literarische Thätigkeit desselben hervorgeht. — Zwei vorzügliche Portraits schmücken das von dem Verlage selten schön ausgestattete Buch, das allen Schülern und Verehrern Arlt's gewiss ein werthvolles Andenken sein wird an den grossen Ophthalmologen, den trotz aller Erfolge bescheidenen Menschen, den Arzt, der mit Recht als Motto seiner Selbstbiographie die Worte: „Primum medici est humanitas" wählen durfte. Schr.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 21. October 1887.

1. Dr. Bergmann: Demonstration: Osteomyelit. Herd aus dem Os ilei, erbsengrosser Sequester in Bildung. M. M., 15 a. n., erkrankte vor 9 Wochen mit Schmerzen in der rechten Hüfte und Fieber. Fluctuirende Partie aussen vom Sacrolumbalis wird für paranephritischen Abscess gehalten. Unter peritonitischen Erscheinungen verschwindet die Geschwulst. Euphorie. Bald darauf erneute Erkrankung unter den gleichen Erscheinungen. In der 8. Woche kommt Pat. in der Klinik in Behandlung des Vortr. Incision des fluctuirenden Sackes. Die grosse Abscesshöhle reicht bis zum Diaphragma hinauf, hinunter bis in's kleine Becken; unterhalb der Crista ilei entblösster Knochen — rareficirende Ostitis; mit dem Meissel wird das Erkrankte entfernt, ohne auf einen osteomyelitischen Herd zu stossen. Nach der Operation Expectoration foetid-eitriger Sputa nur bei liegender Stellung.

Wegen abendlicher Temperatursteigerung am 19. Oct. erneuter Eingriff. Die Sonde dringt durch das Diaphragma bis zur 8. Rippe, die resecirt wird. Abgekapselte Höhle im Pleuraraum, kein Eiter, keine Lungenperforation nachweisbar. Darmbein bis zur Spina freigelegt, aus deren Umgebung die demonstrirte osteomyelit. Partie entfernt wird.

2. Dr. Hampeln: «Ueber rheum. Endocarditis». Vortr. unterscheidet unter klinischer wie anatomischer Begründung die rheum. Endocarditis von der verrucös-mycotischen und von der ulcerös-diphteritischen. Der Klappenfehler, einer der Ausgänge der rheum. Endocarditis, involvire nicht die Hauptgefahr der Krankheit, sondern vielmehr die Entzündungsreste, deren Fortbestand die Entwickelung der bösartigen verrucösen Form begünstige. Unter 36 Todesfällen war nur in 1/3 der Klappenfehler selbst die Todesursache, in 2/3 dagegen verrucös-ulceröse Endocarditis. In den ersten 3 Jahren nach überstandenem Gelenkrheumatismus pflegten bösartige Folgezustände am Herzen aufzutreten. Die Nachbehandlung des Rheumatismus habe Verhütung der Endocarditis zu erstreben, bei vorhandener Endocarditis aber das Zurückbleiben eines Entzündungsrestes abzuwenden.

Als wichtigste Erkrankungsformen des Endocardium charakterisirt Vortr. folgende:

1) Endocardiosclerose: a) senile gutartige Form und b) progressive Form, auch bei jugendlichen Individuen.

2) Endocarditis retrahens: a) acut, nach Rheum. acut. und anderen Infectionskrankheiten und b) chronisch, scheinbar spontan.

3) Endocard. verrucosa: immer bösartig, mit Vorliebe an schon erkrankten Klappen.

4) Endocard. ulcer.-diphteritica: bei allgemeiner Septicämie.

z. Z. Secretär: Dr. Stryk.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Medicinischer Taschen-Kalender für das Jahr 1888. Herausgegeben v. d. DDr. Jaenicke, Leppmann u. Partsch. — Breslau. Press & Jünger.

— Der Nihilismus, das einzig Wahre in der Medicin von Dr. Hellmuth Steudel. Herausgegeben von Dr. Paul Niemeyer. — Leipzig 1887. Th. Grieben's Verlag.

— Die Gicht und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Leber und der Nieren von Robson Roose. Autorisirte Uebersetzung von Dr. Isidor Krakauer. — Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg.

— Elektrodiagnostik und Elektrotherapie einschliesslich der physikalischen Propädeutik für praktische Aerzte von Dr. Rudolf Lewandowski. — Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg.

— Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. Lieferung 101 bis 110. — Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg. Lief. à 1 M. 58.

— Die Aerzte in Russland bis zum Jahre 1800. Ein Beitrag zur Geschichte der Europäisirung Russlands v. A. Brückner. — St. Petersburg 1887. H. Schmitzdorff (R. Hammerschmidt). Pr. 1 Rbl. 30.

— Erfahrungen eines Lungenkranken von Dr. L. Friedmann. Sep.-Abdr. aus Deutsche Medicinal-Ztg. — Berlin 1887. Eugen Grosser.

— Compendium der praktischen Toxicologie zum Gebrauche für praktische Aerzte und Studirende auf Grundlage des «Lehrbuches der praktischen Toxicologie» v. A. Weber, als zweite Auflage zeitgemäss umgearbeitet von Prof. Dr. Rudolf Kobert. — Stuttgart 1887. Ferdinand Enke. Pr. 4 M.

— Propädeutik für das Studium der Augenheilkunde, bearbeitet für Studirende und Aerzte von Dr. J. Hock. — Stuttgart 1887. Ferdinand Enke.

— Die Haut als Vermittler der Erkältungskrankheiten von Stabsarzt a. D. Dr. E. Lier. — Hamburg und Leipzig 1887. Leopold Voss.

— Wiener Klinik. Heft 7. Klinische Diagnostik der Pseudoplasmen von Dr. Alexander Szénáty. Heft 8. Praktische Bemerkungen über Herzkrankheiten von Prof. Dr. Berthold Stiller. Heft 10. Die neuesten Fortschritte in der Desinfections-Praxis von Dr. A. Wernich. — Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg.

— Tabellen zum Gebrauche bei mikroskopischen Arbeiten, zusammengestellt v. W. Behrens. — Braunschweig 1887. Harald Bruhn.

— Topographische Anatomie des menschlichen Orbitalinhalts in Tafeln dargestellt von Dr. Otto Lange. — Braunschweig 1887. Harald Bruhn.

— О гальванокаустикѣ при фолликулярномъ конъюнктивитѣ Д-ра М. И. Рейха. Отт. изъ журн. Медиц. Обозрѣніе. 1887.

— On the occurrence of ulcers resulting from spontaneons gangrene of the skin during the later stayes of syphilis and their relation to syphilis by Hermann G. Klotz. Repr. fr. New-York Med. Journ. Sept. 1887.

— On the advantages of a compound salicylated plaster in dermatological and surgical practice by Hermann G. Klotz. Repr. f. New-York Med. Journ. Sept. 1887.

— Zur Iridotomia extraocularis v. Prof. Dr. Schoeler. Sep.-Abdr. aus Berl. klin. Wochenschr. № 44. 1887.

— Klinische Zeit- und Streitfragen. 1. Bd. 6. Heft. Ueber die Neurosen des Magens von Prof. Dr. Julius Glax. — Wien 1887. Wilhelm Braumüller.

Vermischtes.

— *Ueber die im allgemeinen Reichs-Budget pro 1888 angeführten Ausgaben für das Medicinalwesen in Russland.*

In derselben Weise wie in den früheren Jahren wollen wir auch für 1888 referiren, welche Zahlen im Reichs-Budget bezüglich des Medicinalwesens angeführt werden. Natürlich bekommt man dadurch keinen vollständigen Begriff, welche Summen alljährlich für die Wahrung der Volksgesundheit verausgabt werden, da es uns noch immer an einem Central-Organ für Medicinalwesen fehlt und nur die Ministerien des Innern, des Krieges und der Marine ihre Ausgaben für das Medicinalwesen angeben; freilich sind das die Hauptzahlen, denn in den übrigen Ministerien sind die Ausgaben für das Medicinalwesen nur gering, ausgenommen die Gefängnissverwaltungen, die Eisenbahnverwaltungen, in deren Ressort sich eine grosse Anzahl von Aerzten und Krankenanstalten befinden.

Entsprechend den früheren Budget's sind auch in dem für 1888 aufgestellten folgende Zahlen:

	1888	1887
I. Ministerium der Krieges:		
Medicinal-Lazarethwesen	3,751,712 Rbl.	3,760,277 Rbl.
II. Marine-Ministerium:		
Medicinal-Lazarethwesen	755,609 Rbl.	771,563 Rbl.
III. Ministerium des Innern:		
Medicinal- u. Quarantäne-Wesen	2,415,519 Rbl.	2,473,042 Rbl.

Hieraus ergiebt sich eine Gesammtausgabe pro 1888 von 6,922,835 Rbl. gegenüber — 7,004,923 Rbl. pro 1887 d. h. im laufenden Jahre

soll in den 3 genannten Ministerien um 82,088 Rbl. weniger fürs Medicinalwesen verausgabt werden. Bezüglich der einzelnen Ministerien ergiebt sich, dass das Kriegsministerium die Medicinal-Ausgaben um 8,565 Rbl., das Marine-Ministerium um 15,954 Rbl., das Ministerium des Innern um 57,523 Rbl. herabgesetzt hat. Es würde von grossem Interesse sein, wenn die Sachkundigen unter unseren Collegen darüber Aufschluss geben könnten, worauf sich diese Herabsetzung der Ausgabe beziehe, denn bekanntlich sind weder die Gagen der Aerzte, noch die Einrichtungen unserer Hospitäler derartig, dass man an denselben Ersparnisse machen kann, im Gegentheil wäre vielleicht gerade eine Vermehrung der Ausgaben nach dieser Richtung hin wünschenswerth. Zum Schluss müssen wir aus den Erklärungen des Finanzministers zum Budget noch die sehr erfreuliche Thatsache hervorheben, dass sich die Ausgaben für das Ministerium der Volksaufklärung aus dem Grunde vermehrt haben, weil ein Credit von 560,000 Rbl. zum Aufbau und zur Errichtung neuer Kliniken für die medicinische Fakultät der Moskauer Universität bewilligt wurde. r. n.

— Das *Wiener medicinische Professoren-Collegium* hat neuerdings einen *Beschluss von principieller Bedeutung* gefasst. Der Unterrichtsminister Dr. v. Gautsch hatte nämlich an das qu. Collegium die Frage gerichtet, ob es im Interesse des Unterrichts nothwendig und wünschenswerth wäre, dass die jetzt unter Leitung von ausserordentlichen Professoren stehenden beiden Kliniken für Syphilis und Dermatologie in ordentliche umgewandelt und somit die jetzigen Extraordinarii dieser Fächer zu Ordinarii ernannt würden, nachdem auch die früheren Vorstände der beiden genannten Kliniken, Hebra und Sigmund, Ordinarii waren. Prof. Albert sprach sich gegen diese Auffassung aus und motivirte solches in einem eingehenden Gutachten dahin, dass der Unterricht dadurch, dass die Vorstände der Kliniken zu Ordinarii ernannt würden, kaum etwas gewinnen dürfte, da ja die Vorlesungen der Extraordinarii von den Studirenden der Medicin eben so gut besucht werden können, wie die der Ordinarii. Durch die Beförderung der Vorstände dieser beiden Kliniken aber würde die Zahl der Ordinarii wieder vermehrt, wodurch nicht allein die „Ordo" des Collegiums vergrössert würde, sondern auch *die Vertreter der Specialfächer allmälig das Uebergewicht* gewinnen würden, was gegen den Geist des Universitätsgesetzes wäre. Die Auszeichnung der früheren Vorstände hat mehr ihrer Person, als dem Fache, welches sie vertraten, gegolten. Das Albert'sche Gutachten wurde von dem Professoren-Collegium fast einstimmig angenommen.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 24. Januar c. 6447 (215 mehr als in der Vorwoche), darunter 645 Typhus- (107 weniger), 842 Syphilis- (12 mehr), 54 Scharlach- (1 mehr) und 6 Pockenkranke (3 weniger als in der Vorwoche).

— In einem Dorfe in der Nähe von Frankfurt a. d. O. herrscht die *Lungenentzündung epidemisch*. Für den epidemischen Charakter der Krankheit spricht der Umstand, dass in einigen Familien zuerst der Mann und nach ungefähr 10 Tagen die Frau erkrankte und umgekehrt. Ferner wurde zuerst der Ortsvorsteher von der Lungenentzündung befallen, dann der auf dem Schulzenamte oft verweilende Gemeindeförster und Steuererheber und seine Frau und schliesslich der Nachtwächter und dessen Frau. Im Ganzen sind bisher an der Lungenentzündung 80 Personen ärztlich behandelt worden.

— In Stuttgart ist der dasige 69-jährige *Wundarzt III Cl. F. wegen fahrlässiger Körperverletzung zu 4 Wochen Gefängniss verurtheilt* worden. Derselbe war schuldig befunden worden, durch unrichtige Behandlung bei einem ihm anvertrauten, an Hornhautentzündung des rechten Auges leidenden Kinde den Verlust der Sehkraft dieses Auges herbeigeführt zu haben. Er hatte den Eltern des Kindes von der Zuziehung eines Augenarztes im Vertrauen auf seine homöopathischen Kenntnisse abgerathen und das Kind mit Belladonna-Streukügelchen behandelt, was nach der übereinstimmenden Aussage der Sachverständigen gänzlich verkehrt war und die Erkrankung des Auges bis zum Verlust der Sehkraft steigerte.
(Allg. med. C.-Ztg.).

— Vom Ministerium der Reichsdomänen wird demnächst ein Concurs ausgeschrieben werden zur Bewerbung um eine *Prämie* im Betrage von 5000 Rbl. für die *beste Arbeit über das Fischgift*. Es sind die physikalischen und chemischen Eigenschaften des Fischgiftes festzustellen und durch Thierversuche seine Wirkung auf das Herz, die Blutcirculation, die Verdauungsorgane und das Nervensystem zu untersuchen. Ausserdem sind die Kennzeichen anzugeben, durch welche der giftige Fisch vom ungiftigen sich unterscheidet und ebenso die Mittel ausfindig zu machen, durch welche Fische so conservirt werden können, dass sie nicht giftige Eigenschaften annehmen. Die Prämie soll nach 5 Jahren zuerkannt werden. Das Preisgericht wird aus dem Präsidenten des Medicinalrathes als Vorsitzendem, zweien Mitgliedern der Academie der Wissenschaften und zweien Gliedern der militär-medicinischen Academie bestehen. (Wr.)

— Im Verlage von *Leopold Voss* in Hamburg erscheint seit Neujahr eine *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, welche von Dr. med. Kotelmann (Hamburg) mit Beihülfe einer ganzen Reihe von Fachmännern, Aerzten, Technikern und Pädagogen herausgegeben wird. Dieses durchaus zeitgemässe Blatt wird die äussere und innere Einrichtung der Schulhäuser, die Schulkrankheiten, die Hygiene des Unterrichts, kurz alles, was in dieses Gebiet hineinschlägt, berücksichtigen.

— Die vor Kurzem bestätigte geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft in Moskau hat, wie Med. Obsr. mittheilt, die erste Lieferung ihrer Arbeiten (труды) herausgegeben. Sie enthält die Protokolle der 1 administrativen und der 1 wissenschaftlichen Sitzung und zwei Mittheilungen beide über die Alexander-Adams'sche Operation (Verkürzung der runden Mutterbänder), die eine von Dr. Sajaizki (der zuerst diese Operation in Moskau ausgeführt) und die andere von Dr. Alexandrow aus der Snegirew'schen Klinik.

— Die deutsche Gesellschaft für Chirurgie wird in Gemeinschaft mit der Berliner medicinischen Gesellschaft am 3. April d. J. in Berlin eine *Gedächtnissfeier* für ihren verstorbenen Präsidenten, Prof. v. Langenbeck, veranstalten.

— Vor Kurzem haben drei Professoren der Medicin an der Bonner Universität ihr *25-jähriges Docenten-Jubiläum* gefeiert. Es sind der Pharmakolog Binz, der Ophthalmolog Saemisch und der Dermatolog und Syphilidolog Doutrelepont, welche alle drei durch hervorragende Leistungen auf ihrem Specialgebiet bekannt sind.

— Die medicinische Gesellschaft in Lissabon hat sich in einem von der portugiesischen Regierung einverlangten Gutachten über die Maassregeln zur Verhütung der Verbreitung der Tollwuth *gegen die Errichtung eines Pasteur'schen Impfinstituts* ausgesprochen.

— Die X. öffentliche Sitzung der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin wird unter dem Vorsitz des Prof. Liebreich am 10. und 11. März d. J. im Berliner pharmakologischen Institut stattfinden.

— Der III. französische Chirurgencongress wird vom 12.—17. März c. unter dem Präsidium Prof. Verneuil's in Paris tagen. Auf der Tagesordnung stehen die Behandlungsmethoden von Schusswunden der Eingeweidehöhlen, ferner die Radicaloperation der Hernien, die operative Behandlung der Pleuraexsudate und die Prophylaxe der Recidive operirter Neubildungen.

— Bei der kürzlich in *Dorpat* stattgehabten *Immatriculation* der in die Zahl der Studirenden Neuaufgenommenen wurden, wie die „N. D. Ztg." berichtet, 98 inscribirt, darunter für das *Studium der Medicin 31* und das der *Pharmacie 15*, so dass die medicinische Facultät den grössten Zuwachs erhalten hat. Die Gesammtzahl der Studirenden beträgt 1639 (gegen 1669 im vorigen Jahre) und zwar vertheilt sich diese Zahl auf die einzelnen Facultäten, wie folgt: zur *medicinischen Fakultät* zählen 844 (744 Mediciner und 100 Pharmaceuten), zur theologischen Facultät 243, zur juristischen Facultät 213, zur historisch-philologischen Facultät 191 und zur physiko-mathematischen Facultät 146 Studirende.

— Der Privatdocent der Berliner Universität, Dr. Theodor Wyder, welcher von der Dorpater Universität zum Nachfolger Prof. Runge's auf den Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie gewählt wurde (cfr. № 52, Jahrgang 1887 dieser Wochenschrift), hat neuerdings diese Berufung abgelehnt, weil er einen Ruf der Züricher Universität auf den Lehrstuhl der Geburtshülfe an Stelle des in Ruhestand tretenden Prof. Frankenhäuser angenommen hat.

— Dr. A. Dostojewski hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für Histiologie und Embryologie an dieser Academie habilitirt.*

— Vor Kurzem beging in Moskau Prof. A. Raszwetow sein *40 jähriges Jubiläum*.

— Der ausseretatmässige Consultant für Chirurgie am St. Petersburger Nikolai-Militärhospital, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Reyher ist zum *etatmässigen Consultanten* am genannten Hospital *ernannt* worden.

— *Verstorben*: 1) Im Kreise Tschistopol (Gouv. Kasan) der dortige Landschaftsarzt E. Swenzizki im 33. Lebensjahre am Flecktyphus, den er sich in einem Dorfe seines Bezirks, in dem diese Krankheit epidemisch herrscht, zugezogen hatte. Trotz 7-jähriger Praxis hat er seine Frau ganz mittellos hinterlassen. 2) In Smolensk der jüngere Arzt des örtlichen Militärlazareths, W. Wassiljew, durch Selbstmord. 3) Der jüngere Militärarzt N. Pokrowski. 4) In Nishni-Nowgorod der frühere Oberarzt des Odessa'schen Inf. Regiments, Staatsrath Peter Lawrow, im 71. Lebensjahre. Der Verstorbene war einer von den wenigen noch lebenden Zöglingen der ehemaligen Moskau'schen medico-chirurgischen Academie.

— Das hiesige Hospital „Aller Leidtragenden" (Всѣхъ Скорбящихъ) für Geisteskranke hat von der Gräfin Kisselew eine Spende im Betrage von 50,000 Rbl. erhalten. Ebenso hat die Frau des Contreadmirals Owssänkin dem genannten Hospitale ⅓ ihres Vermögens (10—13000 Rbl.) vermacht, dessen Zinsen alljährlich zu Belohnungen für die Krankenpflegerinnen verwandt werden sollen.

— In *Kopenhagen*, wo von dem dänischen Verein für Feuerbestattung ein Crematorium bereits erbaut ist, hat das Justizministerium neuerdings die Verbrennung von Leichen verboten. Eine Klage des Vereins wegen dieses Verbots ist vom Hofgericht abschlägig beschieden worden, weil die Verbrennung der Leichen nicht gesetzlich sei.

— Ein Apotheker in Vermont hat, um bei der Zubereitung von Arzneien verhängnissvolle Missgriffe zu verhüten, jede Giftflasche in seiner Apotheke mittelst einer electrischen Leitung mit dem Receptirtische verbunden. Wird eine von den Giftflaschen geöffnet, dann erklingt sofort das Läutewerk zur Mahnung für den Provisor, ob er auch das richtige Mittel zur Hand genommen hat.
(Wiener Med. Presse).

— Wie weit die Amerikaner in der Furcht vor Infection gehen, beweist folgender aus Philadelphia berichteter Fall: Zwei aus Brasi-

lien dahingekommene Leprakranke hatten im dortigen Infectionsspital Aufnahme gefunden. Zunächst wurde der Arzt, welcher die Aufnahme der Kranken veranlasst hatte, wegen Unterlassung der Infectionsanzeige zu einer empfindlichen Geldstrafe verurtheilt; hierauf wurde beschlossen, die Leprösen nach Brasilien zurückzuschicken und zu diesem Zwecke eine öffentliche Subscription eröffnet. Da aber zu befürchten ist, dass keines der zwischen Brasilien und den Vereinigten Staaten regelmässig verkehrenden Schiffe die Kranken an Bord nehmen werde, so beabsichtigt man, für diese Reise ein eigenes Schiff auf öffentliche Kosten auszurüsten. (W. m. Presse).

— Prof. Tumas (Lancet October 1887) hat durch sorgfältige Versuche (Bestreichen mit schwacher Apomorphinlösung der Medulla oblongata von Hunden und Katzen) das *Brechcentrum* vor und hinter dem Calamus scriptorius an einer begrenzten Stelle bestimmt und führt das Fehlen von Erbrechen bei Wiederkäuern und einigen anderen Thieren auf einen Mangel oder eine rudimentäre Entwickelung dieses Centrums zurück. (New-York Medic. Record. Nov. 26.)

Hz.

Berichtigung. In № 4 auf pag. 38 Spalte 1 Zeile 3 muss es heissen 19 Januar 1888 statt 19 Oct. 1887.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 17. bis 23. Januar 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
350	295	645	120	45	108	13	10	17	67	55	51	66	48	33	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 8, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 9, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 88, Todtgeborene 28.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	8.—14. Januar	2556	31,0	—	1940	23,6
Paris	2 260 945	8.—14. Januar	1152	26,6	77	1127	25,9
Brüssel	177 568	1.—7. Januar	92	26,8	3	98	28,7
Stockholm	216 807	1.—7. Januar	122	29,3	6	105	25,2
Kopenhagen	290 000	11.—17. Januar	213	36,3	5	149	26,7
Berlin	1 414 980	8.—14. Januar	934	34,3	31	531	19,5
Wien	790 381	8.—14. Januar	479	31,5	37	380	25,0
Pest	442 787	1.—7. Januar	313	36,6	17	275	32,3
Warschau	439 174	1.—7. Januar	272	32,2	11	259	30,6
Odessa	268 000	8.—14. Januar	-	—	7	145	28,1
St. Petersburg	**861 303**	**15.—21. Januar**	**515**	**31,1**	**22**	**503**	**30,3**

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. Februar 1888.

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. Februar 1888.

☛ Annahme von Inseraten ausschliesslich im Central-Annoncen-Comptoir von Friedrich Petrick ☚
☛ St. Petersburg, Newsky-Prospect 8. ☚

☛ Phosphorsaures Eisen ☚
des Dr. Leras.

(In Russland erlaubt.)

Diese farblose Lösung enthält Eisen und Phosphorsäure und wird bei allen Krankheiten gebraucht, wo Eisenpräparate angezeigt sind. — Jeder Esslöffel derselben enthält 20 Centigr. pyrophosphorsaures Eisen und Soda. — **Anämie.** — **Chlorose.** 14 (2)

Dépôt: Paris 8 rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

MATICO-CAPSELN
von Grimault & Co.

(In Russland erlaubt.)

Diese Capseln enthalten in einer Umhüllung von Pflanzenleim die Essenz des Matico-Oels, mit Copahubalsam verbunden; sie sind folglich geruch- und geschmacklos. Sie werden bei Gonorrhöe und Darmcatarrh gebraucht. — **Dosis:** 8—10 Capseln täglich, die eine Hälfte vor, die andere nach der Mahlzeit einzunehmen. 15 (2)

Dépôt: Paris 8 rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.



Verkauf.
„MARIENBAD"
in Dubbeln-Majorenhof bei Riga am Ostseestrande.

Die seit 1870 bestehende und vom sel. Dr. von Nordström gegründete **Cur- und Badeanstalt** ist mit allem Inventar und 6 Nebengebäuden aus freier Hand zu verkaufen.

Die mit Dampfbetrieb eingerichtete Anstalt ist theils aus Stein, theils aus Holz erbaut und enthält ausser 40 möblirten Wohnzimmern 34 Baderäume zu warmen Seebädern, Schlamm-, Sand- und Dampfbädern, Douchen, Römischen, Sturz- und Wellenbädern etc. etc., sowie ein separates Gebäude zu Heilgymnastik und Massage.

Die sechs aus Holz erbauten Nebengebäude enthalten 42 möblirte Wohnzimmer nebst Wirthschaftsräumen.

Der Grundplatz ist 3 Dessjatinen 1451 □-Faden (circa 11 Lofstellen) gross, sehr hübsch am Meere und an den bewaldeten, parkartigen Dünen in äusserst gesunder Lage gelegen. Reflectanten belieben sich der Bedingungen wegen zu wenden an Fr. v. Nordström, St. Petersburg, Gr. Stallhofstrasse Haus № 5, Quart. 13, oder den Inspector der Anstalt „**Marienbad**" in Dubbeln bei Riga. 24 (1)

St. Petersburger Anstalt für
Massage und schwedische Heilgymnastik
von G. Odéen.

(früher des Dr. Berglind). Arzt der Anstalt Dr. J. Grimm.
Ingenieurstrasse 16, unweit des Circus, im Pavillon des Fechtsaals für Offiziere.

Geöffnet für Damen und Kinder von 12—2 Uhr Nachm.; für Herren des Morgens von 8—11 Uhr, des Nachm. von 3—5 Uhr täglich (ausgenommen des Sonntags).

Die Massage wird nur von examinirten schwedischen **Masseuren**, welche vollständige ärztliche anatomische Kenntnisse besitzen, ausgeführt. 4 (1)

Curort **SALZBRUNN**, Schlesien.
Cursaison vom 1. Mai bis Ende September.

☛ OBERBRUNNEN ☚

(seit **1601** medicinisch bekannte alkalische Quelle **ersten Ranges.**)
Ausgezeichnet durch **Wohlgeschmack** und **Haltbarkeit.** Gegen Erkrankungen der **Lungen,** des **Halses,** der **Harnorgane, Gicht** etc. —
Versand zu jeder Jahreszeit durch 10 (24)
Salzbrunn i. Schl. **Furbach & Strieboll.**

Dr. André Hoffmann,
22 prakt. Arzt, (1)
Hôtel Gonnet in **CANNES,**
France, Alpes maritimes.

PAPIER RIGOLLOT
Senf in Blättern als Senfpflaster.

Adoptirt von den Hospitälern aller Länder.
Das einzige Senfpflaster, welches zur Einführung durch das russische Medicinal-Departement autorisiert.

P. RIGOLLOT erfand das Mittel den Senf auf Papier zu fixiren ohne dessen Kraft zu alteriren; hiermit leistete er einen grossen Dienst der Heilkunst.

Wird in allen Pharmacien verkauft.

Jedes Blatt trägt seine Unterschrift mit rother Tinte.

Bitte diese Unterschrift zu reclamiren um nicht Contrifacons zu erhalten.

P. Rigollot

Depôt générale: 24 Avenue Victoria, Paris.

Sodener Mineral-Pastillen
gegen Lungen-, Brust- und Halsleiden

bereitet unter Controle des Königl. Sanitätsrath Dr. Stöltzing; aus den Salzen der berühmten Heilquellen № 3 und № 18 im **Bad Soden.**

☛ Die Einfuhr dieser Pastillen nach Russland ist von der hohen Medicinalbehörde in St. Petersburg gestattet. 3 (13)

Schutzmarke. Dieselben sind in fast allen Apotheken und Droguerien à 70 Kop. verkäuflich.

Engros-Verkauf bei **M. Morgenstern,** Gr. Morskaja 23, **St. Petersburg.**

Die Buchhandlung von Carl Ricker
in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14, versendet auf Anfrage gratis ihren
Journal-Catalog 1888

Дозв. ценз. Спб. 29. Января 1888 г. Herausgeber Dr. L. v. Holst. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. L. v. HOLST, St. Petersburg. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten.

№ 6. St. Petersburg, 6. (18.) Februar 1888.

Die Elythrohysterotomie.

Von

Dr. O. v. Grünewaldt.

(Schluss.)

Brennecke's Fall 8 zeigte eine Urinfistel, die durch quere Obliteration der Scheide geheilt wurde; Pat. starb 13 Monate später an dem nicht vollständig exstirpirten und weiter gehenden Carcinom. Unter Leopold's Fällen kamen 5 Mal Urinfisteln p. o. zur Beobachtung: eine heilte ohne Operation № 33, eine zweite № 30 wurde wegen der Fistel 2 Mal erfolglos operirt, war nach 1 Jahre noch recidivfrei, ebenso № 27. № 22 zeigte Harnträufeln, das sich bald besserte, starb aber an Recidiv vor Ablauf eines Jahres. Bei allen diesen Fällen, in welchen bei der vaginalen Uterusexstirpation die Blase verletzt worden war, handelte es sich um mehr oder weniger grosse Schwierigkeiten bei der Ablösung derselben vom Uterus, die dadurch bedingt waren, dass das Zellgewebe zwischen diesen beiden Organen nicht mehr gesund war. Man kann von allen diesen Fällen behaupten, sie seien zu spät zur Operation gekommen, und diese hätte füglich unterlassen werden sollen. Trotzdem wurden mehrere von ihnen geheilt und zeigten noch nach einem Jahre und mehr kein Recidiv; der Schluss, den Leopold aus diesem Umstande zieht, dass man sich durch Uebergreifen des Carcinoms auf das vordere Scheidengewölbe nicht gleich von der Totalexstirpation abhalten lassen solle, ist daher gewiss ein berechtigter.

Das Axiom bei der Ausrottung bösartiger Neubildungen, dass man im gesunden Gewebe schneiden soll, muss ja auch in diesem Punct befolgt werden, und da die Blasenwandung, wenn sie intact ist, sich leicht vom Zellgewebe markiren lässt mit Hülfe des Catheters, so ist es leichter an dieser Stelle die Grenze zwischen Gesundem und Krankem zu erkennen, als im seitlichen Zellgewebe; die massenhaften Gefässbündel, welche in dieses eingebettet sind, fordern die grösste Vorsicht *während* der Operation an den Parametrien, und eine erschöpfend genaue, in Chloroformnarkose angestellte Exploration derselben *vor* der Operation zum Zweck der Feststellung dessen, ob die Parametrien bereits an Metastasen erkrankt sind oder nicht. Sind die Parametrien nicht mehr intact, so steht es wohl recht schlimm um die Prognose; immerhin aber bleibt es in manchem Falle noch möglich, die im Parametrium eingelagerten Knoten noch so weit herauszuschneiden, dass alles erkrankte Gewebe entfernt wird.

Nicht überflüssig ist es noch daran zu erinnern, dass die meist lange Dauer der Operation, die grosse Resorptionsfähigkeit der blossgelegten Gewebe, die zu energische Anwendung einiger Desinfectionsmittel, wie namentlich des Sublimates und des Jodoformes zu einer nicht gefahrlosen Sache machen. Quecksilber- und Jodoformintoxicationen während der Operation sind wiederholt beobachtet worden. Da häufig in den Defect im Scheidengewölbe sich die Fettklumpen des Netzes oder der Appendices epiploicae vorlagern, so ist der Contact reichlicherer Jodoformmengen mit dem Fett zu vermeiden, da Jodoform in Fett sich löst und dann resorbirt werden kann.

Vier Fälle von Uteruscarcinom, welche im hiesigen Evangelischen Hospitale operirt worden sind, — 3 davon vom Collegen Dr. Dombrowski, einer von mir, obschon sie sonst kein besonderes operatives Interesse darbieten, sind in sofern sehr instructiv, als sie jeder eine gewisse Kategorie repräsentiren, für welche verschiedene Indicationen gelten müssen, Kategorien von Fällen, wie sie jedem Operateur sich vorstellen und wohl vielfach operirt worden sind.

Der eine Fall betraf eine noch junge, erst 34-jährige Frau, die dringend operirt zu werden verlangte; sie hatte mit dem Leben abgeschlossen und kannte das Schicksal genau, welchem sie entgegenging, wenn sie nicht operirt würde. Diese Umstände erklären es, dass die Operation ausgeführt wurde, die von vornherein kaum eine Aussicht auf Erfolg gestattete. Das ganze Collum uteri zerklüftet und durchsetzt von weichen, jauchenden, stark wuchernden Krebsmassen, die über das Orificium int. hinaufreichen. Der Uterus lässt sich gut nach unten dislociren, die Parametrien gestatten keinen sicheren Schluss auf den Grad ihrer Infiltration, weisen keine circumscripten Knoten auf, erscheinen aber diffus verdickt. Schon während der Operation stellte sich die Unmöglichkeit heraus alles Erkrankte zu entfernen, weil das Zellgewebe bis weit ab vom Uterus von Carcinom durchsetzt war. Die Kranke starb am 3. Tage p. o. an

acuter Sepsis, und die Section zeigte das Beckenbindegewebe, die Lymphgefässe und Lymphdrüsen von Krebsmassen infiltrirt.

Ein zweiter Fall, der eine 41-jährige Nullipara betraf, schien günstigere Bedingungen zu bieten: der Uterus lässt sich nach unten dislociren, jedoch nicht bis vor die Schamspalte; er ist mässig vergrössert; die Portio derb infiltrirt, verkürzt, der Cervicalcanal zugänglich, uneben; das vordere Scheidengewölbe frei, im hinteren finden sich einige infiltrirte Lymphdrüsen; dasselbe lässt sich im rechten Scheidengewölbe nachweisen.

Bei der Operation machte sich der Umstand störend bemerkbar, dass der Uterus nicht genügend vorgezogen werden konnte, und daher sehr hoch operirt werden musste; wegen Infiltration der Umgebung wurde ein sehr bedeutendes Stück des Scheidengewölbes fortgenommen; die Unterbindung der Art. spermatica machte viel Mühe, ebenso die Umstülpung des Uterus nach hinten. Die Kranke genas nach einer schweren Convalescenz, behielt eine Urinfistel, erkrankte dann an croupöser Pneumonie und starb 7 Wochen nach der Operation. Im Cavum des entfernten Uterus fand sich ein gestieltes Adenom und im Parenchym des Uterus ein taubeneigrosses Fibrom. Bei der Section fanden sich bereits neue krebsige Infiltrationen im zurückgebliebenen Zellgewebe, so dass auch ohne die dazwischentretende Pneumonie die Kranke sich nicht mehr lange des Lebens hätte erfreuen können.

Fälle, wie diese zwei beschriebenen, werden sich nicht selten zur Operation melden, jedoch sind bei solcher Sachlage die Contraindicationen der Elythrohysterotomie vorherrschend. Es handelte sich nicht mehr um ein reines Cervixcarcinom, die Lymphdrüsen und das Zellgewebe des Beckens waren bereits infiltrirt, so dass auch im günstigsten Falle durch die Operation nur eine sehr kurzdauernde Verminderung der Leiden, kaum eine Verlängerung des Lebens zu erreichen gewesen wäre. Auch die Entstehung einer Urinfistel im 2. Falle durch die Operation konnte nur erklärt werden durch die Ausbreitung der Erkrankung auf das Zellgewebe zwischen Blase und Uterus; die Unmöglichkeit den Uterus bis vor die Genitalien zu dislociren ist ein Umstand, der für gewöhnlich als eine Contraindication der Operation angesehen werden muss.

Die beiden anderen Fälle dagegen sind als Paradigmata solcher anzusehen, in denen mit sehr gutem Erfolge operirt werden muss, und in denen die Operation dringend indicirt ist. Beide betreffenden Kranken, von denen die erste von Dr. Dombrowski, die zweite von mir operirt worden ist, sind genesen und geben Aussicht, dass sie auf längere Zeit — vielleicht für immer — von Recidiven verschont bleiben werden.

Die eine Kranke, eine 43-jährige Nullipara, wurde uns von auswärts mit der Diagnose Fibroma uteri zugesandt; sie hatte seit 1½ Jahren an beängstigend starken Meno- und Metrorhagien gelitten, die ganz schmerzlos verliefen. Bei der kräftigen, fettleibigen Frau mit sonst vollständig gesunden Organen fand sich der Uterus von der Grösse eines im 4. Graviditätsmonate befindlichen, vollkommen mobil, die Adnexa absolut frei, der Fundus anteflectirt, das Collum schlank, das Orific. ext. eng. Dieses wurde discidirt und das Cavum uteri curettirt zu diagnostischem Zweck. Hierbei zeigte sich's, dass im Cavum sich Massen einer weichen, bröckligen Neubildung vorfanden, die bei der mikroskopischen Untersuchung als carcinomatös erkannt wurden. Der Eingriff verlief reactionslos und die Kranke ging ohne Weiteres auf den Vorschlag der Uterusexstirpation ein, welche 14 Tage später vom Collegen Dombrowski ausgeführt wurde. Das entfernte Organ zeigte über dem Orif. int. mehrere circumscripte, isolirte Carcinomherde, die vom Peritonäum noch durch eine einige Mm. dicke Schicht gesunden Gewebes getrennt waren, — eine Schicht, welche bei zu energischer Führung des Löffels wohl auch hätte durchstossen werden können. In der Uterussubstanz, der Uterus war namhaft vergrössert, waren 2 interstitielle subseröse Fibromknoten von Taubeneigrösse eingebettet; die Cervix war vollständig gesund. Die Operation war sehr erschwert durch die Enge und Straffheit der Vagina und die Grösse des Uterus, der retrovertirt herausgestülpt wurde. Die Blutung war mässig.

Die Genesung der Operirten war keine ganz ungestörte, namentlich aber gab es heftige Durchfälle (Sublimat?) und Collapserscheinungen zu bekämpfen, nach einigen Wochen eine leichte durch Ansteckung von einer die Kranke besuchenden Freundin erworbene Rachendiphtherie und endlich eine Pleuritis in der 4. Woche p. o. Gegenwärtig, fast 2 Jahre nach der Operation, ist Pat. vollkommen gesund und leistungsfähig.

Es handelt sich hier also um ein isolirtes Corpuscarcinom an einem mit Fibromen behafteten Uterus, bei dessen Entfernung es möglich war, in sicher intactem Gewebe zu operiren, und zwar in einer relativ von der Neubildung noch entfernt liegenden, resp. von ihr durch eine gesunde, aus verschiedenartigen Geweben gebildete Schicht getrennten Partie. Dieser Umstand ist für die Prognose und demnach auch für die Indicationsstellung von einschneidender Bedeutung und gestaltet diesen, so wie auch den folgenden Fall zu einem von den beiden vorhergehend beschriebenen wesentlich verschiedenen.

Der 2. günstige Fall befindet sich noch in der Anstalt und ist vor jetzt 7 Wochen operirt worden, — ich glaube aber auch für ihn mit gutem Grunde eine sehr gute Prognose stellen zu können. Er betrifft eine 46-jährige, kräftig gebaute, sehr gut genährte Multipara, welche erst Anfang 1887 die erste nur mässige Blutung erlitt und im Sept. d. J. zum ersten Male explorirt wurde. Ende Sept. fand ich den Uterus von der Grösse eines im III.—IV. Monate graviden, sehr mobil, den Fundus uteri stark verdickt und hart, die Muttermundslippen ektropiirt, sehr verdickt und auf ihrer Aussenfläche von einer Krebsneubildung besetzt, die noch nicht in die Cervix hinein vorgedrungen war, Adnexa absolut frei; Diagnose: Carcinoma colli uteri et fibroma interstit. Die Kranke ging gleich auf den Vorschlag der Operation ein, die am 7. Oct. 1887 ausgeführt wurde. Der Uterus liess sich gut bis vor die Genitalien dislociren; mittelst starker, zu Zügeln benutzbarer doppelter Seidenfäden wurde über die Neubildung ein Jodoformgazebausch aufgenäht, und dann im Wesentlichen nach Leopold die Operation ausgeführt: erst die vordere Uteruswand, dann die hintere freigemacht, dann die Lig. cardinalia, lata und die Tuben mit zahlreichen Ligaturen gesichert, von denen der Uterus Schritt für Schritt herausgeschält und ohne Umstülpung entfernt wurde. Der erste Jodoformgazetamponverband konnte 8 Tage liegen bleiben, und die Patientin hat nur eine T. von mehr als 37,6 gehabt, auch diese nur an einem Abend nach dem ersten Verbandwechsel. Stuhlgang per clysma am 3. Tage, von da an spontan. Das subject. Befinden war vom 2. Tage an, wo die Chloroformnachwirkungen nachliessen, ein vorzügliches. Aus dem Wundtrichter, in welchem nach oben 3—4 von den zahlreich angelegten Ligaturen festhielten, erfolgte noch recht lange übelriechende Secretion, die beim Gebrauche von Aufgiessen des Acid. pyrolign. per speculum täglich sich besserte. Ende der 7. Woche erst wurden die letzten Ligaturen entfernt und im Trichter blieben noch 3 isolirte erbsengrosse granulirende Schnürstümpfe nach.

Der entfernte Uterus misst 11 Ctm. in der Länge, 8,5 in der Breite und 6 in der Dicke; seine Wandungen sind an den dicksten Stellen 4,5 Ctm. dick und bergen mehrere Fibromknoten. Die Mucosa des Cavum ist stark hypertrophisch. Das Carcinom sitzt nur auf der unteren Fläche der ektropischen und stark hypertrophischen Lippen, dringt oben in die Substanz dieser auf mehr als 1 Ctm. in die Tiefe hinein.

Höchst wahrscheinlich hätte in diesem Falle eine Amputation des erkrankten Collum ein recht günstiges Resultat ergeben, — und für eine längere Zeit wäre ein befriedigender Gesundheitszustand erhalten worden. Trotzdem aber

ist für einen solchen Fall mit Entschiedenheit die Elythrohysterotomie in Vorschlag zu bringen und nicht die hohe Collumamputation. Jene Operation, mit welcher zugleich beide Ovarien und Tuben eliminirt werden, entfernt sämmtliche von den Art. uterinae und spermaticae ernährten und mit dem primär erkrankten Gewebe in nahem Connex stehenden Organe, und schafft so zu sagen ein Vacuum dort, wo zuerst sich die Neubildung angesiedelt hatte, — sie entzieht dieser den Nährboden in weiter Ausdehnung; zugleich aber entfernt sie jede Gefahr, die von einer weiteren Entwickelung der Fibrome ausgehen könnte, und giebt der Hoffnung auf dauernde Genesung eine gute Begründung. Der Eingriff an sich wurde so leicht überwunden, dass eine hohe Collumamputation wohl kaum weniger angreifend wirken konnte, — welche auch im günstigsten Falle für die Zukunft nicht so viel Bürgschaft geben kann, wie das die Totalexstirpation thut. Die Collumamputation ist berechtigt dort, wo die Neubildung auf den Muttermundslippen noch keine *atypischen* Wucherungen zeigt, sondern nur solche Hyperplasie, die nach Ruge und Veit's Untersuchungen später zu Carcinom führt.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass nicht selten die partiellen Resectionen des Uterus wegen Cancroid zu vollständiger Heilung führen, und ich bin in der glücklichen Lage selbst eine ganze Reihe von Belegen für diesen Satz beibringen zu können, so ist es doch jetzt ausser Frage gestellt, dass unbedingt bei Collumerkrankung, — falls wir den Nachweis erbringen können, dass diese isolirt besteht, — die Exstirpation des ganzen Organes grössere Sicherheit vor Recidiven bietet; wo wir diesen Beweis nicht erbringen können, stellt sich von selbst die Frage noch mehr zu Gunsten der Totalexstirpation. Dass bei isolirtem Corpuscarcinom, wie z. B. in dem 3. der hier angeführten Fälle, die Anzeige der Elythrohysterotomie eine unanfechtbare ist, wird wohl kaum Jemand bezweifeln.

Es ist hinlänglich durch die Erfahrung erwiesen, dass z. B. die isolirte Exstirpation eines Krebstumors aus der Mamma bald von Recidiven gefolgt ist, dass die Amputation der ganzen Mamma dagegen bei weitem günstigere Resultate ergiebt, und dass diese sich am glücklichsten gestalten, wenn schon gleich primär mit der Mamma die Drüsen der Achselhöhle mit entfernt werden. Dieses Beispiel auf die Behandlung des krebsig erkrankten Uterus angewandt erklärt die viel besseren Resultate, welche man zu erwarten berechtigt ist, wenn schon primär bei isolirter Erkrankung der Cervix die Resection des Uterus mit den Tuben und Ovarien ausgeführt wird.

Ein zweiter und sehr schwerwiegender Umstand bei der Indicationsstellung der Operationsmethode ist der, dass bei richtiger Würdigung der Complicationen und Ausschliessung der Fälle von der Operation, wo dieselbe wegen complicirender Erkrankung der Adnexa nicht mehr ausgeführt werden soll, die Exstirpation des Uterus durchaus nicht als ein das Leben mehr gefährdender Eingriff angesehen werden darf, als etwa eine Ovariotomie ohne besonders erschwerende Complicationen. Durch die oben angeführten Zahlen der letzten Jahre wird die Richtigkeit dieser Behauptung genügend erhärtet. Bei der heutigen Kenntniss der Wirkung der Antiseptik dürfen wir fordern, dass der Wundverlauf nach der vaginalen Exstirpation des Uterus ein gefahrloser sei. Damit wird zugleich die Berechtigung gewonnen, die Elythrohysterotomie zur Heilung anderer Zustände, als nur der bösartigen Neubildungen auszuführen; die Operation ist auch schon vielfach gemacht worden zur Heilung schwerer Paralyse, schwerer von den Sexualfunctionen abhängigen Neurosen, und ist angezeigt zur Beseitigung kleinerer Fibroide, die entfernt werden müssen wegen Gefahr drohender Symptome und deren Entfernung per vaginam noch möglich ist. Bis jetzt ist die Sterblichkeit nach Laparomyomotomien noch unverhältnissmässig gross, und hält den Vergleich mit der nach Elythrohysterotomien, wie sie sich in der letzten Zeit gestaltet hat, nicht aus. Es ist für mich daher keine Frage, dass, — wo nicht etwa solcher Verhältnisse wegen man sich mit einer Castration begnügen kann, — es richtig ist, einen stark blutenden, mit Myoma durchsetzten Uterus per vaginam zu entfernen, bevor die Grösse der Neubildung einen anderen Weg als den der Laparotomie zu betreten unmöglich macht.

Ueberblicken wir die ganze Reihe der Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, welche wir noch vor wenigen Decennien für ein noli me tangere und für unheilbar halten mussten, und berücksichtigen wir dann die schönen Heilungsresultate, die uns ermöglicht worden sind durch die Antiseptik, die uns gestattet die grössten Eingriffe fast gefahrlos auszuführen, so können wir dankbar anerkennen, dass die Grenzen für das ärztliche Können weiter hinausgeschoben sind, dass uns manches Ziel fast mühelos erreichbar geworden ist, an das nur zu denken unseren Vorfahren frevelhaft erscheinen musste. Auch die Einbürgerung der Elythrohysterotomie in die Zahl der uns zugänglichen Hülfsmittel ist eine Etappe auf dem Wege vorwärts.

Referate.

S. Ginger: Zur Casuistik der Kopfverletzungen. Aus der Czerny'schen Klinik 1877—1884. (D. Zeitschr. f. Chirurg. XXVI. 3).

Der Arbeit liegen 90 Fälle von Weichtheilverletzungen, 23 offene Fracturen des Schädelgewölbes, 12 Basisfracturen, 8 Fälle mit Hirnerscheinungen ohne äussere Läsion des Schädels zu Grunde und hat Vf. besonders Verlauf und Ausgang, sowie Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Auge gehabt. Von der 1. Kategorie starb 1, der septisch hereinkam; 6 Fälle von ausserhalb der Klinik acquirirtem Erysipel. Die 2. Kategorie bietet viele interessante Fälle, theils für die Exner'sche Theorie von den relativen und absoluten Rindenfeldern, theils für die Möglichkeit der späten Entstehung von Hirnabscessen, Neurosen und Psychosen in scheinbar günstig verlaufenen Fällen. Der Verlauf hängt wesentlich von der Localität und Ausdehnung der Verletzung ab und gestaltet sich demgemäss unendlich mannigfaltig. Die 9 Todesfälle dieser Kategorie waren bedingt: durch ausgedehnte Hirnblutung (3), Zerquetschung grosser Gehirnpartien (3), eitrige Meningitis (1), Hirnabscess (1), Cystenbildung apoplectischer Natur (1). Von den 14 am Leben erhaltenen sind 8 (meist junge Individuen und Kinder) ohne Folgeerscheinungen geblieben, die übrigen 5 haben dumpfes Kopfweh, Schwindel, Agraphie und Aphasie, Epilepsie und Affectionen der Psyche nachbehalten. Von den Basisfracturen sind 3 an Hämorrhagie zwischen Schädel und Dura und Milzruptur, Zerreissung des Sinus cavernosus und transversus, resp. hämorrhagischer Zerstörung des Marks in der Umgebung des linken Schläfen- und Hinterhauptlappens gestorben; 2 behielten Schwindel resp. Irresein nach, während 7 gesund entlassen wurden. Die Einzelheiten in den genau bearbeiteten Fällen von nervösen Störungen (Untersuchungen von Prof. Schultze) sind sehr interessant und im Original nachzulesen.
Sel.

L. A. Gowssejew: Ueber Exstirpation der Milz. (Wr. № 35—37. 1887).

Eine literärische Studie. Verf. hat über 51 Operationen Berichte finden können und giebt ein Resumé über die Indicationen, die die Operation veranlasst haben, und über die Resultate dabei. Da Beides nicht ohne Interesse, so reproducirt Ref. die Ergebnisse tabellarisch, wie folgt:

Es wurde die Milz exstirpirt:

4 Mal	wegen	Wandermilz	mit	4 Genesungen	
2 „	„	Milzcyste	„	2 „	
1 „	„	Milzabscess	„	1 Genesung	
2 „	„	Neubildungen (auch Echinokokkus)	„	0 „	2 Tod.
20 „	„	chron. Hypertrophie . .	„	3 Genesung.	17 „
22 „	„	Anämie und Pseudoleucämie	„	1 (?) Genes.	21 „
				11 Genesung.	40 Tod.

Die sich daraus ergebenden Schlüsse sind wohl kaum besonders zu erwähnen.
N.

Livio Vincenzi: Ueber intraperitonäale Einspritzungen von Koch'schen Kommabacillen bei Meerschweinchen. (D. med. W. 1887. № 17).

Verf. hat die Hüppe'schen Experimente, welcher durch Injection von Cholerabouillon in die Peritonäalhöhle von Meerschweinchen *constant* den Tod der Versuchsthiere herbeiführte, nachgeprüft. Er ist mit allen antiseptischen Cautelen verfahren, hat zur Injection keine Pravaz'sche Spritze benutzt, sondern in das eröffnete Peritonäum mit stumpfer Pipette die Kommabacillen-Bouillon eingeführt. In allen 10 Fällen blieben die Meerschweinchen gesund. Offenbar werden die Bacillen vom Peritonäum resorbirt und gehen dann direct

im Blute zu Grunde, — wie die Versuche von Wyssokowitsch für andere Bacillen schon ergeben haben. Max Schmidt.

Livio Vincenzi: Ueber intraperitonäale Einspritzungen von Koch'schen Kommabacillen bei Meerschweinchen. (D. med. W. № 26. 1887).

Nachdem Vf. nachgewiesen, dass bei unverletztem und ungereiztem Darm die in die Peritonäalhöhle eingespritzten Kommabacillen keinerlei schädliche Wirkung ausüben, ordnete er seine Versuche so an, dass er vorher den Darm an einer Stelle nach Eröffnung der Bauchhöhle reizte und dann Komma-Culturen in die Peritonäalhöhle oder in's Blut oder in das subcutane Bindegewebe oder in die Lungen injicirte. In allen 18 Fällen gingen die Versuchsthiere ein unter Symptomen, die bis auf zuweilen eintretende Cyanose und Kälte der Körperoberfläche mit menschlicher Cholera wenig Aehnlichkeit hatten, und in allen Fällen konnten im Darmcanal die Komma's nachgewiesen werden, öfters in Reincultur. Dieselben kommen offenbar mittelst der am Ort der Reizung immer entstehenden capillären Blutungen in das Darmlumen, finden hier eine günstige Entwickelungsstätte und führen den Tod der Thiere herbei. Max Schmidt.

Julius Schreiber: Studien und Grundzüge zur rationellen localen Behandlung der Krankheiten des Respirationsapparates. (Zeitschrift für klin. Med. Bd. XIII. Heft 2 und 3).

Gestützt auf anatomische und klinische Untersuchungen, sowie auf dem Wege des physiologisch-pathologischen Experimentes, gelangt der Verf. zu zum Theil ganz neuen Anschauungen über die Verhältnisse im Respirationsapparat des Erkrankten und eröffnet mit ihnen ganz neue und wichtige Gesichtspuncte für eine rationelle locale Behandlung der Krankheiten des Respirationsapparates. Verf. beginnt mit der Inhalationstherapie und zwar mit der Inhalation zerstäubter Stoffe.

Die Misserfolge, die die zuerst von Sales-Girons und später durch die Arbeiten von Waldenburg in die Praxis eingeführte Inhalationstherapie in vielen Fällen aufzuweisen hatte, wurden mit Elasticitätsverlust der Lunge erklärt, doch war keiner der Frage näher getreten, ob auf dem Wege der Inhalation das zerstäubte Medicament in die Lunge, vor Allem in die erkrankte Lunge eindringe. Schreiber war der erste, der diese Frage auf dem Wege des Thierexperimentes zu entscheiden versuchte. Zu diesem Zweck erzeugte er bei Thieren die verschiedensten Lungenkrankheiten, wie sie beim Menschen zur Beobachtung und Behandlung kommen, wie acute und chronische, einseitige und doppelseitige, circumscripte und diffuse Erkrankungen, ferner Infiltration, Abscess, Atelectasen, Miliartuberculose. Die kranken Thiere wurden dann einer Kohlenstaubatmosphäre für ½ bis mehrere Stunden ausgesetzt oder gezwungen vor einem Siegle'schen Apparate in Flüssigkeit suspendirten Farbstoff zu inhaliren. Während nun von gesunden Thieren der Kohlenstaub gleichmässig vertheilt bis in das Lungengewebe aspirirt wird, fand Verf. bei Thieren mit kranken Lungen ein ganz anderes Verhalten, denn während in den gesund gebliebenen Lungenpartien die Kohle zu grösseren Klumpen angehäuft sichtbar war, war von ihr in den Krankheitsherden durchaus nichts zu bemerken. Diese Beobachtung bezieht sich nicht nur auf luftunzugängige Affectionen in der Lunge, sondern auch auf Cavernen, die mit dem Bronchialsystem und also mit der Aussenluft communicirten. Dass andere, als rein anatomische Verhältnisse hier in Frage kommen, beweist der folgende Versuch.

Verf. erzeugte an Kaninchen eine einseitige entzündliche Hyperämie der Lunge und liess ein derartig erkranktes Thier Kohlenstaub inhaliren. Auch in eine derartig afficirte Lunge, welche, wie die Leichenuntersuchung ergab, bis zum letzten Augenblicke respirirt hatte und lufthaltig geblieben war, gelangte dennoch absolut nichts von den Kohlenbeimengungen der aspirirten Luft, während in der gesunden Lunge massenhafte Kohlenpartikel vorhanden waren. Hatte sich aber der Krankheitsprocess in beiden Lungen etablirt, ehe die Inhalation begonnen, so war die Kohle beiderseits und ganz gleichmässig vertheilt sichtbar.

Weshalb nun in Fällen von einseitiger oder einseitig umschriebener Erkrankung der Lunge die Möglichkeit der Aspiration von Arzneistoffen absolut ausgeschlossen und nur in die gesunde Seite resp. in die gesunde Nachbarschaft des Erkrankten aspirirt wird, erklärt der Verf. durch die Differenz in der Aspiration einer gesunden und einer kranken Lunge. Diese werde um so grösser, je mehr mit der einseitigen Localisirung des Krankheitsherdes die Thätigkeit der entgegengesetzten, der gesunden Lunge zunehme. Deshalb hält Schreiber die Inhalationstherapie in ihrer bisherigen Gestalt für ein nichts weniger als locales oder rationelles Verfahren.

Was die Inhalation flüchtiger Medicamente anlangt, so kommt hier nach Schreiber eine günstige Allgemeinwirkung zu Stande, an der auch die Krankheitsherde in der Lunge participiren, indem bei der Flüchtigkeit der in Betracht kommenden Desinficientia ein allmäliger Uebertritt in's Blut erfolgt.

Die pneumatische Therapie, eine Methode, die von Waldenburg in die Praxis eingeführt worden ist, bezweckt den Luftdruck in den Lungen zu erhöhen oder zu erniedrigen. Nach Waldenburg kann während der Inhalation aus dem pneumatischen Apparate bis 1000 Ccm. Luft und darüber mehr eingeathmet werden, als durch maximale Inspiration aus der Atmosphäre; umsomehr, je höher die angewandte Luftverdichtung im Apparate war.

Verf. gelangte bei seinen Untersuchungen über die Grösse der vitalen Lungencapacität nach Einathmung comprimirter Luft zu durchaus anderen Resultaten und zwar:

1) dass durch die Einathmung verdichteter Luft die vitale Lungencapacität in maximo um 152 Ccm. erhöht werde und

2) dass die Erhöhung der vitalen Lungencapacität in durchaus keinem Verhältniss stehe zur Erhöhung der angewandten Luftverdichtung im pneumatischen Apparat.

Ferner ist es Verf. gelungen durch manometrische und pleurographische Untersuchungen den Nachweis zu liefern, dass trotz einem atmosphärischen Ueberdruck bis zu 38 Mm. Hg der Druck in der Pleura um nichts oder nur um 2 Mm. Hg positiver werde, mithin Compressionsatelectasen auf dem Wege der Inhalation comprimirter Luft durchaus nicht lufthaltig gemacht werden können.

Nach Waldenburg, der die Exspiration in verdünnte Luft das specifische mechanische Antidot des Emphysems nennt, kann man auf diesem Wege die Lunge zwingen 500 bis 1000 und 2000 Ccm. Luft über die vitale Lungencapacität hinaus zu exhaliren.

Zu anderen Resultaten ist Verf. durch seine Untersuchungen gekommen. Er fand, dass durch die Ausathmung in verdünnte Luft den Lungen des Emphysematikers nur ca. 150 Ccm. mehr Luft entzogen werden könne, als durch forcirte Ausathmung in die Atmosphäre. Und dieser geringe Erfolg von 150 Ccm. werde auch nicht in jedem Falle von Emphysem erzielt, er beziehe sich nur auf die sog. acute oder subacute Alveolarectasie (Biermer) oder wie Verf. sie nennt, die relative anorganische Exspirationsinsufficienz, während das chronische, auf anatomischer Veränderung des Thorax wie des Lungengewebes beruhende Emphysem, die absolute, organische Exspirationsinsufficienz unbeeinflusst bleibe.

Ausserdem ist bei dieser therapeutischen Methode noch in Betracht zu ziehen, dass die Ausathmung in verdünnte Luft wachsende intraalveoläre Druckverminderung zur Folge hat, mit welcher eine Stauung in den Lungen einhergeht. Ferner ist der Erfolg der Therapie häufig nur ein momentaner, die Ausathmung in den Apparat nicht überdauerndes, ja es kann in schweren Fällen von Emphysem der Kranke nach der pneumatischen Sitzung mit noch insufficienterer Exspiration athmen als zuvor.

Die Exspiration in verdünnte Luft hat demnach keinen Einfluss auf die Heilung des chronischen Lungenemphysems und nur unter gewissen Einschränkungen einen geringen auf die vorübergehende Beseitigung der reinen Elasticitätsverminderung der Lunge der Alveolarectasie.

Die Ursachen für das Abgleiten der medicamentösen Stoffe, wie der comprimirten Luft von dem Orte ihrer Bestimmung nach der gesunden Lunge sind nach Schreiber doppelte:

1) die zu starke vicarirende Aspiration der gesunden Lunge und
2) die zu schwache der erkrankten.

Die letztere beruhe zum Theil auf abnormen Innervationszuständen, indem die dem Krankheitsherde entsprechenden Inspirationsmuskeln von den central ausgehenden Athmungsimpulsen nicht getroffen werden, zum Theil auf consecutiven Paresen (Atrophien) der Inspirationsmuskeln der erkrankten Seite.

Um eine dauernde Betheiligung der Inspirationsmuskeln der erkrankten Seite an der Respirationsarbeit zu ermöglichen, combinirte Verf. die bisherigen beiden Methoden mit der Methode der Compression der gesunden Lunge. Die Compression wird mit Hülfe eines sog. Compressorium ausgeführt. Dasselbe besteht aus 2 Pelotten, welche je nach dem vorliegenden Falle von verschiedener Grösse und Form sind, dieselben werden der vorderen, beziehungsweise der hinteren halben Brustwand angelegt. Diese Pelotten werden durch einen stählernen Bügel verbunden, welcher über die Schulter der zu comprimirenden Seite hinüberragt. Durch eine Schraubenvorrichtung werden die beiden Branchen des Bügels und dadurch die mit ihnen gelenkig verbundenen Pelotten vorn und hinten einander genähert, der Thorax dementsprechend einseitig comprimirt.

Verf. hat auf stetographischem, manometrischem, kyrtometrischem und pleuro-graphischem Wege den Beweis erbracht, dass man mittelst dieser Vorrichtung im Stande ist, kranke, kaum noch respirirende Lungenbezirke zu einer relativ und absolut vermehrten Respirationsbewegung zu veranlassen.

Was nun die mechanische Behandlung des Emphysems anbelangt, so versuchte es Verf., da der Widerstand der Rippen durch Erhöhung der Verdünnungsluft im pneumatischen Apparate nicht zu überwinden ist, den auf dem Thorax lastenden Aussendruck durch Anwendung doppelseitiger Compression zu erhöhen und zwar benutzte er dazu ein elastisches Corset. Durch Mensuration, Spirometrie und Stetographie gelang es dem Verf den Nachweis zu liefern, dass bei Anwendung des Corsets selbst in Fällen von organischer absoluter Exspirationsinsufficienz eine über die spontan erreichbare Exspirationsstellung hinausgehende Verkleinerung des Thorax erzielt werden könne, dass die Exspirationsinsufficienz schwinde und die Athmung normaler werde.

Alle diese Aenderungen weisen auf die Compressionsmethode als auf eine rationelle zur Beseitigung der relativen anorganischen absoluten Exspirationsinsufficienz hin. Die Exspiration in verdünnte Luft kann nur als Unterstützungsmittel der Compressionsmethode dienen, da sie bei gleichzeitiger allseitiger Compression des Thorax die Wirkung derselben erhöht.

Was nun das praktische Resultat dieser neu empfohlenen Methode anbelangt, so charakterisirt es Verf. selbst mit den Worten: «dass



sie im Princip nicht mehr sein will, als eine häufig gewiss noch nicht einmal ausreichende Verlängerung der ärztlichen Hand, welche bisher die kranke Stelle niemals hat erreichen können».

Verf., der diese combinirte Behandlung schon seit mehreren Jahren übt, sagt von ihr ferner: «Die mit objectiver Beobachtung gepaarte Praxis mag entscheiden, was an den vorgeschlagenen Methoden brauchbar ist und was nicht. Soweit ich meine Erfahrungen kurz and euten darf, wird der Praktiker sich mit Leichtigkeit von dem Fortschritt in der Behandlung einseitiger Atelectasen, Pneumothorax etc. mit Hülfe des Compressoriam überzeugen. Das Material besonders rasch gebesserter oder geheilter Fälle von circumscripten mit Catarrh oder Ulceration, Abscess, Gangrän etc. verbundenen Erkrankungen des Lungenparenchyms durch die neue combinirte Methode wird sich nicht so deutlich markiren, um im Fluge ihre Anhänger zu gewinnen, aber in einzelnen exquisiten Fällen wird sich die Methode bewähren.

Von der doppelseitigen Compression des Thorax bei Behandlung des Emphysems sagt Schreiber:

«Das elastische Corset soll dem Emphysematiker dasselbe sein, was das Concavglas dem Myopen. Es soll ihm in der einfachsten Weise die grössere Athemarbeit (Gehen, Treppensteigen) ermöglichen, zu welcher er bisher wegen der sofort in die Erscheinung tretenden Respirationsinsufficienz nicht befähigt gewesen ist. Aber wie das Concavglas keinen Einfluss hat auf die Folgen übermässiger Anstrengung des Auges, nichts nützt dem complicirenden Bindehautcatarrh, so wird auch das elastische Corset die Beschwerden und die Folgen einer übermässigen Körperanstrengung so wenig, wie den complicirenden Bronchialcatarrh zu verhüten oder zu beseitigen im Stande sein». Jul. Taube (Moskau).

S. v. Basch: Die cardiale Dyspnoe und das cardiale Asthma. (Klinische Zeit- und Streitfragen. I. Band, 3. und 4. Heft).

Bisher glaubte man die Erscheinung der cardialen Dyspnoe durch die Verlangsamung des Blutstromes in der Lunge, die Raumbeengung der Alveolen durch die in dieselben hineinragenden prall gefüllten Capillaren, endlich durch die Ansammlung von Secret im Alveolus und den Bronchien genügend erklären zu können. Vf. bringt nun eine Theorie der Dyspnoe, die im Wesentlichen von der bisherigen abweicht und sich auf das Verhalten des Blutdruckes bei der physiologischen Dyspnoe gründet. Vf. hat nämlich gefunden, dass der Blutdruck in den Arterien durch körperliche Anstrengung erhöht wird und auch während der stärksten physiologischen Dyspnoe anhält. Dieser Umstand drängte ihn zur Vermuthung, dass der hohe Blutdruck als solcher und nicht die Stauung in den Lungen (wie früher angenommen wurde und die erst beim Sinken des Blutdruckes in den Arterien sich entwickeln kann), einen Grund für die Dyspnoe abgeben müsse. Und in der That hat Vf. schon in einer früheren experimentellen Arbeit nachgewiesen, dass je mehr die die Alveolen umspinnenden Lungencapillaren mit Blut gefüllt sind, umsomehr das Lumen des Alveolus wächst und seine Wand starrer wird; der Alveolus kann in diesem Zustande bei der Inspiration nicht so ausgedehnt werden und bei Exspiration nicht in dem Maasse zusammenfallen, wie ein blutleerer Alveolus. Mittelst dieser Theorie und indem er als prädisponirende Ursachen bald eine erhöhte Reizbarkeit der Vasomotoren, bald einen Schwächezustand des Herzens oder der Athmungsmusculatur, oder endlich eine ungleiche Blutvertheilung etc. annimmt, glaubt Vf. in genügender Weise das Zustandekommen der Dyspnoe nicht nur bei verschiedenen Herzfehlern und Schwächezuständen des Herzens, sondern auch bei Arteriosclerose, Nierenschrumpfung, Anämie und Neurasthenie, allgemeiner Lipomatose, Pseudohypertrophie der Muskeln etc. erklären zu können. Für die Aufstellung der Diagnose cardiale Dyspnoe hält der Vf. wiederholte Messungen des Blutdruckes für wenigstens ebenso wichtig wie die Bestimmung der Herzgrenzen, da letztere durch die Schwellung der Lungen sehr oft unmöglich gemacht wird.

Um das Zustandekommen der cardial-asthmatischen Anfälle erklären zu können, untersucht B. zunächst die Ursachen, die die nächtlichen Anfälle veranlassen. Als Hauptursache nimmt er mit Traube die während des Schlafes stattfindende Verflachung der Respiration und Verengung der Stimmritze an. Die nächsten Folgen davon werden sein: ungenügender Gasaustausch, starke Contraction der peripheren Capillaren, Steigerung des Blutdruckes und Vermehrung der Lungenstarre. Da der Kranke im Schlafe seine Athemnoth weniger spürt als im wachen Zustande und ausserdem die Compensation von Seiten des Athmungsmechanismus im Liegen zum Theile ausfällt, so ist es klar, dass die Dyspnoe und ihre Folgen sich im Schlafe weit plötzlicher entwickeln können und der Patient erst erwacht, wenn seine Dyspnoe sehr hochgradig ist.

Die unter hohem Blutdrucke, also bei ungeschwächter Herzthätigkeit zu Stande kommende plötzliche Dyspnoe fasst B. als *Prodromalstadium des Asthma* auf. Die Bezeichnung *Asthma* lässt er nur für jenen Zustand gelten, in dem das Herz seinen Gleichgewichtszustand geändert hat, und in dem die starke Füllung der Lungengefässe mit einer wesentlichen Erniedrigung des Druckes in den Arterien zusammenfällt. Die Aenderung des Gleichgewichtszustandes des Herzens kann in 2 Formen eintreten — als *Herzparese* und als *Herzkrampf*.

Die erste Form kann man experimentell am besten bei der Erstickung studiren. Gegen die Einwirkung des toxischen dyspnoischen Blutes reagirt zuerst und am stärksten die linke Herzhälfte. Während der rechte Ventrikel sich noch energisch contrahirt und seinen gesammten Inhalt in die Art. pulmonalis drängt, werden die Contractionen des linken Ventrikels immer schwächer und schwächer, der Blutdruck in der Aorta sinkt zusehends und nach und nach füllen sich erst der linke Ventrikel, dann der linke Vorhof, dann die Lungencapillaren prall mit Blut an, in Folge wessen sich ein hoher Grad von Lungenschwellung und Lungencatarrhen ausbilden. Ganz dieselben Erscheinungen, die durch dieselbe Ursache bedingt werden, hat man auch vielfach bei cardial-asthmatischen Anfällen beobachtet.

Ueber die zweite Form der Gleichgewichtsstörung des Herzens, den Herzkrampf, wird durch das Studium der bei Muscarinvergiftung zu beobachtenden Vorgänge Licht verbreitet. Auch hier sehen wir den Blutdruck in der Aorta sinken, was aber dadurch bewirkt wird, dass das linke Herz in der Diastole sich nicht genügend dilatirt, um die ganze durch die Art. pulmonalis und durch die Lungencapillaren in den linken Vorhof beförderte Blutquantität in sich aufnehmen zu können. Da zugleich der rechte Ventrikel fortfährt sich energisch zu contrahiren, so erreicht der Druck in den Lungencapillaren solch eine Höhe, dass es sogar zu einem Lungenödem kommen kann.

Dass es Formen von Asthma giebt, die unter Entwickelung von Herzkrampf auftreten, dafür sprechen die Beobachtungen von Albutt, Stokes, Barié; jedenfalls kommen diese Formen viel seltener, als die paralytischen vor.

Was die Differenzialdiagnose der einzelnen Formen von Asthma cardiale betrifft, so giebt uns B. so manche Anhaltspuncte:

Das *Asthma prodromale* zeichnet sich nach ihm durch folgende Symptome aus: hochgradige Steigerung des Blutdruckes, also vollen kräftigen Puls, deutliche Schwellung der Lunge und gleichmässige Vergrösserung des Herzens.

Beim *Asthma paralyticum* finden wir niedrigen Blutdruck, schwachen Puls, diffusen undulirenden Herzstoss, Verbreitung der Herzdämpfung nach links, dumpfe Töne über der Aorta und dem linken Ventrikel, Accentuirung des 2. Pulmonaltones.

Beim *Asthma spasmoticum* sieht man die Herzdämpfung nach der Seite des Sternums sich verbreitern, der Herzstoss ist nicht so diffus; der Unterschied in den Herztönen nicht so evident; ausserdem lässt sich eine beträchtliche Dämpfung in der Gegend des linken Vorhofes nachweisen. Sehr wichtig für die Diagnose des A. s. ist der Nachweis eines vorangegangenen Herzkrampfes.

Zu erwähnen ist noch eine paralytische Form von Asthma cardiale, bei der es nicht zur Erschlaffung und Erweiterung des linken Ventrikels kommt, die also im Wesentlichsten ganz dieselben Symptome, wie auch die spastische Form bietet, sich aber von der letzteren eben durch das Ausbleiben des Herzkrampfes als ätiologisches Moment unterscheidet.

Was nun die Unterscheidung des A. cardiale vom A. bronchiale betrifft, so legt B. der von einigen Klinikern ausschliesslich für die letztere Form in Anspruch genommenen acuten Lungenerweiterung aus leicht begreiflichem Grunde keine Bedeutung bei. Für viel wichtiger erklärt er den Nachweis eines Bronchialcatarrhs und das Vorwiegen der Inspirationsdyspnoe bei Bronchialasthma.

Das *Asthma dyspepticum* zählt B. auch zu den cardialen Asthmaformen.

Was die Therapie der cardialen Asthmaanfälle betrifft, so hält B. die Anwendung von Narcoticis resp. Morphium nur bei Asthma prodromale und bei Asthma spasmoticum für angezeigt. Bei den paretischen Formen sind die Stimulantia am Platze. Kn.

N. Lunin: Naphthalin bei Kinderdurchfall. Aus dem Elisabeth-Kinderhospitale. (Wratsch. 87/36).

Auf Rossbach's Mittheilung über den günstigen Einfluss von Naphthalin bei Darmcatarrhen, welches chemisch rein von gar keinen Nebenwirkungen begleitet sei, unternahm es L. dasselbe beim chronischen Darmcatarrh der Kinder anzuwenden. Beim acuten Darmcatarrhe wirke es nicht besser, als die alten bekannten Mittel, in Fällen mit Erbrechen habe es nach seinen Beobachtungen dasselbe sogar gesteigert; für den chronischen Darmcatarrh habe es ihm aber vorzügliche Dienste geleistet. L. giebt das Naphthalin zu 0,5—2,0 Grm. pro die (je nach dem Alter der Kinder) in einer Ricinusölemulsion. Nie habe er unangenehme Nebenwirkungen gesehen, doch möge er solche auch übersehen haben, da er nur an ambulatorischem Materiale Beobachtungen machen konnte.

Die aus einem reichen Materiale angeführten 10 Krankengeschichten geben den vollständigsten Beweis der Wirksamkeit des Mittels. N.

von Kaczorowski (Posen): Die Abführmittel, insbesondere der Kies. (Przeglad lekarski 1886, ref. in D. m. W. № 13—16, 1887).

Als ziemlich sicher wirkendes darmeröffnendes Mittel empfiehlt Verf. den Kies bei 1) habitueller Stuhlverstopfung, 2) chronischen Katarrhen des ganzen Verdauungstractus vom Rachen bis zum Dickdarm, 3) chronischen Herz- und Lungenkrankheiten anämischer Personen, welche durch stärker wirkende Abführmittel geschwächt werden. Ganz besonders vortheilhaft und durch kein anderes Mittel zu ersetzen ist der Kies in denjenigen Fällen von Stuhlverhaltung, welche auf einer krampfhaften Constriction der Ringmusculatur des unteren Darmabschnitts beruht. Dieser spastischen Constipation

begegnet man vorzugsweise bei jüngeren Personen mit gesteigerter Nervenerregbarkeit, welche mit materiellen oder functionellen Reizungszuständen der Genitalorgane, besonders bei Masturbation, im Zusammenhange steht. Unter den eigentlichen Abführmitteln gebührt dem Ricinusöl die erste Stelle; besteht ein unbesieglicher Widerwille gegen dasselbe, so ist ein Aufguss von Rheum oder Folio sennae zu versuchen. Aloe und Jolapa und die ganze Reihe der scharfen Drastica sind bei Gesunder unnöthig und giessen bei Kranken Oel in's Feuer. Salinische Mittel eignen sich wegen ihrer unsicheren, unberechenbaren Wirkung nicht für acute Fälle, sondern für chronische Krankheiten. Zu Darmeingiessungen benutzt man am Besten 1% Kochsalzlösung, bei nervösen Personen ölige oder schleimige Flüssigkeiten.

Der Kies wird gereinigt, in der Hitze sterilisirt und nicht gröber als Hirsekorn- oder Hanfkorngrösse zu 1 Theelöffel bis 1 Esslöffel voll Morgens und Abends gereicht. Max Schmidt.

Sonnenberger (Worms): Ueber Pathogenese und Therapie des Keuchhustens, sowie über eine neue Behandlungsweise desselben. (D. med. W. № 14, 1887).

Während zweier Epidemien hat Verf. ca. 70 Keuchhustenkranke mit *Antipyrin* behandelt. Die Dosis betrug 0,01—0,5—1,0 je nach dem Alter, 3 Mal täglich. Der Erfolg war immer eclatant, die Anfälle wurden seltener und milder. In 5 Fällen trat Complication ein, 2 Mal Pneumonie, 3 Mal Tuberculose, letztere bei hereditär belasteten Kindern. Max Schmidt.

D. P. Kossorotow: Ueber die Frage der Fäulnissvergiftung. Vorläufige Mittheilung aus dem Laboratorium für allgemeine Pathologie d. Prof. W. W. Paschutin. (Wratsch 1887. 36—37).

Dass bei der grossen Zahl von Experimentatoren in dieser Frage eine fast eben so grosse Meinungsverschiedenheit bestehe, erklärt Verf. sich dadurch, dass nicht nach einheitlichem Principe, mit verschiedenartigen Stoffen und verschiedenen Quantitäten gearbeitet worden sei. Einen Beweis dafür lieferten die Experimente über die Wirkung fauliger Salzlösungen, die ein merkwürdig übereinstimmendes Resultat ergeben hätten. Verf. benutzt zu seinen Versuchen die Naegeli'sche Lösung (10,0 Grm. weinsteinsaures Ammoniak, 1,0 Grm. doppeltphosphorsaures Kali, 0,2 Grm. schwefelsaure Magnesia und 0,1 Grm. Chlorcalcium auf ein Liter Wasser). Zu Culturen benutzte er das Bacterium termo aus einer fauligen Lösung von Fleisch und Bohnen (Phasolen). Die Experimente sind im Originale nachzulesen. Die Schlüsse, zu denen er aus diesen kommt, sind folgende:

1) Die Fäulnissmikroben bewirken bei Aufnahme in die Gewebe und das Blut eines gesunden Thiers keine Krankheitserscheinungen.
2) Die Salzlösung, in der die Mikroben cultivirt werden, verändert ihre Eigenschaften, wird zum Gift im pharmakologischen Sinne.
3) Die giftigen Stoffe, die sich in den Lösungen bilden, sind in ihrer Wirkungsweise mit keinem Producte des Zerfalls, das sich bei Zersetzung der Salze bilden könnte, zu vergleichen und sind daher als Producte der synthetischen Wirkung der Mikroben anzusehen.
4) Die Fäulniss bei Luftzutritt bedingt in den Lösungen das Auftreten der Stoffe, die vorherrschend fieber-erregende Eigenschaften besitzen.
5) Bei der Fäulniss ohne Luftzutritt bilden sich Stoffe (Ptomaine), welche vorherrschend auf das Centralnervensystem einwirken.
6) Die fiebererregenden Stoffe sind in Alcohol und Wasser löslich.
7) Bei Einverleibung von Fäulnissstoffen erhält man nicht das Bild von infectiösen Krankheiten, sondern immer das Bild von Vergiftungen.
8) Das Agens der Fäulnissstoffe ist ein chemischer Körper, dessen Wirkung im Verhältniss zu seiner eigenen Menge und der Grösse des Thieres steht. Daher ist der Krankheitsprocess in Folge von Einverleibung von Fäulnissstoffen in eigentlichstem Sinne des Wortes eine Fäulnissvergiftung. N.

Koljski: Fall von Hervorrufung der Menstruation durch mündliche Suggestion im hypnotischen Zustande. (Med. Obsr. 20).

Verf. gelang es, bei einem 18-jährigen, unregelmässig menstruirten, an schwerer Hysteroepilepsie leidenden Mädchen durch Suggestion zuerst die nervösen Symptome, aber jedes Mal nur auf kurze Zeit, zu beseitigen. Von der Voraussetzung ausgehend, dass Fehlen der Menstruation häufig functionelle Krankheiten hervorruft, suggerirte K. der Kranken, dass bei ihr an einem bestimmten Tage und zu einer bestimmten Stunde die Regel eintreten solle, was auch mit der grössten Pünktlichkeit eintrat. Die Menstruation erschien nicht zum folgenden Termin, die Kranke fühlte sich aber dabei ganz wohl; zum darauffolgenden Termin wurde wiederum die Suggestion wegen Erscheinens der Regel gemacht und auch dieses Mal mit gutem Erfolge. Die Kranke ist jetzt völlig gesund. Zu bemerken ist, dass das Allgemeinbefinden, das Auftreten der Krämpfe und ihre Stärke theilweise mit dem barometrischen Luftdrucke zusammenhingen und zwar die Anfälle gleichzeitig mit dem barometrischen Minimum auftraten. (Cf. Foissac, Meteorologie mit Rücksicht auf die Lehre vom Kosmos und in ihren Beziehungen zur Medicin und allgemeinen Gesundheitslehre. Deutsch bearbeitet von Dr. A. Emsmann. Leipzig 1859). Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Aerztlicher Taschenkalender auf das Jahr 1888 (Календарь для врачей всѣхъ вѣдомствъ), unter der Redaction von Prof. W. Anrep und Dr. N. Woronichin herausgegeben von C. Ricker. St. Petersburg, Verlag von C. Ricker. XXI. Jahrg. kl. 8°. 2 Theile. Preis in Callico geb. 1 Rbl. 80 Kop., in Leder geb. 2 Rbl. 10 Kop.; für Uebersendung 20 Kop. (Russisch).

Der bekannte und beliebte Ricker'sche ärztliche Kalender, welcher in diesem Jahre sein drittes Decennium beginnt, ist wiederum unter der bisherigen Redaction und in zwei Theilen erschienen. Der erste elegant ausgestattete und je nach Wunsch, in Callico oder Leder gebundene Theil, welcher als geschäftliches Taschenbuch dienen und den Arzt auf seiner Praxis begleiten soll, enthält in fast unveränderter Weise ausser dem Notizbuch und dem Kalendarium die dem Arzt auf seiner Praxis wünschenswerthen Auskünfte. Der 2. für den Arbeitstisch des Arztes bestimmte Theil weist viele neu hinzugekommene Artikel auf, so: die neuesten medicinischen Gesetzesbestimmungen; die Statuten der med. Unterstützungskassen in Russland; das neuemedic. Prüfungsreglement; die Bestimmungen über die Altersgrenzen im Medicinaldienst; über Filtration des Wassers. Auf 78 Octavseiten giebt Prof. M. Afanassjew noch eine gedrängte, aber recht instructive Uebersicht der Fortschritte in der Bakteriologie der Infectionskrankheiten in den letzten 2 Jahren und zwar mit den nöthigen Abbildungen. Es folgt nun zum Schluss das Personalverzeichniss der Aerzte, mit dessen Zusammenstellung wir uns aber diesmal nicht einverstanden erklären können. In demselben haben nämlich nur die med. Facultäten, der Medicinalrath, die Medicinalbeamten des Ministeriums des Krieges und des Kaiserl. Hofes, sowie der Anstalten der Kaiserin Maria Aufnahme gefunden, während die beamteten Aerzte des Ministeriums des Innern, der Finanzen, der auswärtigen Angelegenheiten und anderer Ressorts diesmal weggelassen sind. Nicht einmal das Medicinaldepartement, die oberste Administrativ-Behörde für das Civil-Medicinalwesen hat Berücksichtigung gefunden. Freilich ist auf 115 Seiten in dankenswerther Weise ein Verzeichniss der Aerzte Russlands alphabetisch nach dem Wohnsitz geordnet, beigefügt, jedoch muss dieses, wie es bei der Schwierigkeit der Beschaffung des Materials ja ganz erklärlich, als noch recht unvollkommen angesehen werden und kann es daher die in den früheren Jahrgängen üblichen Verzeichnisse der beamteten Aerzte nicht ersetzen. Um nur ein Beispiel anzuführen, werden für die Stadt Riga im Verzeichniss des Kalenders 35 Aerzte als dort ansässig aufgeführt, während nach dem statist. Jahrbuch für Livland bereits im J. 1886 110 Civil- und 27 Militärärzte in Riga die Praxis ausübten.

Im übrigen können wir nur die Vorzüge dieses Kalenders betonen und die Ueberzeugung aussprechen, dass derselbe die verdiente freundliche Aufnahme bei den Aerzten Russlands finden wird. Bf.

Theodor Schott: Die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten. Berlin 1887. Verlag von Eugen Grosser.

Verf. nimmt auf Grund seiner eigenen in Nauheim gemachten Erfahrungen, wie auch nach kritischer Beleuchtung der wichtigsten — sowohl der alten wie auch in neuester Zeit vorgeschlagenen Behandlungsmethoden der chr. Herzleiden zu folgenden Schlüssen:

1) Unter allen Medicamenten ist die Digitalis (als Tinctur und als Infusum) das souveränste Mittel, jedoch ist es nicht immer ungefährlich; seine Wirkung stumpft sich oft im Gebrauch ab und viele Patienten vertragen es nicht.
2) Andere Arzneimittel sind nur in einzelnen Fällen nutzbringend.
3) Kohlensäurereiche Thermalsolbäder bringen öfters frische Klappenexsudate zur Resorption.
4) Kohlensäurereiche Thermalsolbäder und kohlensäurehaltige Eisenbäder sind Tonica ersten Ranges für den geschwächten Herzmuskel und werden in sehr vielen Fällen zugleich mit
5) der Gymnastik verwendet. Der Anfang muss mit der Widerstands und Selbsthemmungs-Gymnastik gemacht werden. Bergsteigen soll erst bei bereits gestärktem Herzmuskel geübt werden. Bei beiden Behandlungsmethoden ist eine stete Controlle seitens des Arztes unbedingt nöthig.
6) Mechanische und thermische Erregung vermögen, wenn auch vorübergehend bei hochgradigen Dilatationszuständen des Herzens grossen Nutzen zu schaffen.
7) Die Oertel'sche Behandlungsweise sollte nur da Verwendung finden, wo es gilt, bei muskelstarken Menschen mit normaler Blutbeschaffenheit, grössere Fettmengen aus Brust und Unterleib zu entfernen, aber auch hier ist die äusserste Vorsicht nöthig.
8) Reichliche Ernährung der mageren, anämischen und hydrämischen Herzkranken ist durchaus geboten. Allzureichliches Essen und grössere Flüssigkeitsmengen sind indessen wegen der starken Anfüllung des Magens zu vermeiden. Kn.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Multiple Fibrome der Haut und der Nerven mit Uebergang in Sarcom und mit Metastasenbildung

von Dr. Hermann Westphalen. Sep.-Abdr. aus Virchow's Archiv. Bd. 110. 1887.

— Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen von Prof. Dr. Gustav Braun. — Wien 1888. Wilhelm Braumüller.

— Lehrbuch der Kinderheilkunde von Dr. Andreas von Hüttenbrenner. — Wien 1888. Wilhelm Braumüller.

— Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie in zwanzig Vorlesungen für Aerzte und Studirende von Prof. Dr. G. Bunge. — Leipzig 1887. F. C. W. Vogel. Pr. 8 Mk.

— Die Extraction der Zähne, für Aerzte und Studirende v. Prof. Dr. L. H. Hollaender. — Leipzig 1888. Arthur Felix.

— Handwörterbuch der gesammten Medicin, herausgegeben von Dr. A. Villaret. 3. und 4. Lief. — Leipzig 1887. Ferdinand Enke.

— Основы анатоміи человѣка Проф. Ад. Панша; переводъ подъ редак. и съ прибавленіями Проф. А. И. Таренецкаго, съ 403 рисунками въ текстѣ и съ 56 рисунками на 10 табл. Выпускъ I. Кости и связки; съ 220 рис. въ текстѣ и 4 табл. — С.-Петербургъ 1887. Ц 2 руб.

— Курсъ оперативной хирургіи и хирургической анатоміи. Лекціи Проф. А. А. Боброва 1886—87 акад. года. Записано и издано студ. V-го курса М. А. Соколовымъ. Выпускъ I. — Москва 1887.

— Prof. L. Farabeuf. Основы оперативной хирургіи. Руководство для студентовъ и врачей. Переводъ съ французскаго, подъ редак. и съ добавленіями Проф. А. С. Таубера. Выпускъ III и IV. Резекціи и прочія операціи. — С.-Петербургъ 1887. Карлъ Риккеръ. Ц. 1 руб. 50 к.

— Основы діагностики нервныхъ болѣзней. Руководство для студентовъ и врачей. Составилъ приватъ-доцентъ П. Я. Розенбахъ. Съ 58 рис. въ текстѣ. — С.-Петербургъ 1887. Карлъ Риккеръ.

— Руководство къ частной патологіи и терапіи для врачей и учащихся Проф. Германа Эйхгорста. Дополненіе къ I-му и II-му тому по 3-му нѣм. изд., подъ ред. приватъ-доцента Г. А. Шапиро. — С.-Петербургъ. Карлъ Риккеръ.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 27. October 1887.

1. Dr. Schmitz führt dem Verein einen 5-jährigen Knaben vor, an welchem er vor einem Monat wegen «angeborenen linksseitigen Schiefhalses» hohen Grades eine *Myoplastik* ausgeführt hat. In Berücksichtigung dessen, dass 1) die sonst übliche subcutane Tenotomie des Sternal- und Clavicularansatzes des Sternocleidomastoideus nicht immer zu dem angestrebten Ziele führt (cf. Volkmann im Centralblatt für Chirurgie 1885, № 14), und dass 2) auch bei der queren Durchschneidung des Muskelbauches die Einschaltung einer massiveren Narbenmasse das Endresultat trüben könnte, jedenfalls aber eine längerdauernde orthopädische Nachbehandlung mit Extension und Apparaten erfordert, — trennte Schmitz nach Freipräparirung des Muskelbauches (Längsschnitt, Schonung der Vena jugul. externa) diesen treppenförmig und zwar derart, dass in der Höhe des Unterkieferwinkels ein Querschnitt durch die mediale und 3 Ctm. unterhalb ein zweiter Querschnitt durch die laterale Hälfte des Muskelbauches geführt wurde; beide Querschnitte wurden dann durch einen Längsschnitt miteinander verbunden. Die 2 hierdurch gebildeten Muskellappen, ein medialer mit der Basis nach unten und ein lateraler mit der Basis nach oben, wurden miteinander vernäht (Catgut), und auf diese Weise eine Verlängerung des Sternocleidomastoideus um etwa 3 Ctm. erzielt. 11 Tage lang fixirte ein Gypsverband den Kopf in der corrigirten Stellung. Es erfolgte prima intentio und ein ganz vorzügliches functionelles Resultat. Die orthopädische Nachbehandlung bestand nur in leichter passiver und activer Gymnastik ohne irgend welche Apparate.

2. Dr. Schmitz zeigt ferner einen «Stein von fast Wallnussgrösse», den er einem Knaben aus einem Divertikel der Urethra durch Scrotalincision entfernt hat. Pat. wurde ihm wegen angeblichen Hodentumors zur Behandlung gebracht. Derartige Fälle gehören immerhin zu den Seltenheiten.

Discussion. Dr. Ebermann hat mehrere ähnliche Fälle gesehen und zwar handelte es sich das eine Mal um ein faustgrosses Concrement in einem periurethralen Scrotalabscess; ein anderes Mal machte er bei einem Kinde den perinäalen Steinschnitt, fand jedoch keinen Stein in der Blase, obgleich alle Symptome darauf hingewiesen hatten. Erst eine Woche später bemerkte er beim Verbandwechsel zwischen den Hoden einen Abscess und nach Incision desselben ergab sich ein mandelgrosser Stein, welcher unter der Haut zwischen den Hoden sass und vermuthlich während der Operation in's Zellgewebe hineingeschlüpft war. — Ein 3. Fall, den übrigens Dr. Ebermann bereits vor ca. 10 Jahren auf dem Chirurgen-Congress mitgetheilt, war dadurch bemerkenswerth, dass der hühnereigrosse Stein in einem Divertikel der Pars membranacea und bulbosa sass und sich hin und her bewegte, wodurch das Harnen bald schwer, bald leichter wurde und dass Pat. sich durch ein selbst verfertigtes Instrument (Bohrer) selbst lithotripsirt hat.

Dr. Assmuth erinnert sich ebenfalls eines Falles, wo bei einem Knaben, der in Folge eines Concrementes an Harnbeschwerden litt, letztere plötzlich schwanden und die Untersuchung zeigte, dass das Concrement in einen Divertikel geschlüpft war.

Dr. Anders fand bei einem kleinen Knaben einen Stein, der sich in der Pars membranacea eingekeilt und bedeutendes Oedem verursacht hatte.

3. Dr. Holst theilt folgende «2 Fälle von Behandlung mit Nitroglycerin» mit.

Fall I. D. A., 65 J. alt, aufgenommen in's Hospital am 4. Oct. d. J. Giebt an seit 8 Tagen krank zu sein, was entschieden nicht richtig ist. — Starkes Oedem der Beine und der Haut des Unterleibes, geringer freier Ascites. Respiration stark erschwert. Wenig Urin, stark eiweisshaltig. Seit 8 Tagen verstopft. Leber enorm vergrössert, reicht fast bis zum Nabel hinunter; Unebenheiten an derselben nicht zu finden. Puls schwach, unregelmässig; Herztöne schwach, unregelmässig, öfters ein Schlag aussetzend. Ueber der Mitralis ein deutliches Blasegeräusch. Herz nach allen Dimensionen vergrössert, überragt den Sternalrand. T. in der ganzen Zeit des Hospitalaufenthalts subnormal. 1% Lösung von Nitroglycerin 3 Mal tägl. 1 Tr.

5. Oct. Nachdem gestern Magnes. sulph. ℥β gegeben, drei dünne Stühle. 4 Pfd. Urin.

6. Oct. Keine Veränderung. — Nitroglycerin 3 Mal tägl. zu 2 Tr.

7. Oct. 3 Pfd. Urin. — Nitroglycerin zu 2 Tropfen alle 3 Stunden.

8. Oct. 8 Pfd. Urin, P. stets sehr erbärmlich. — 9. Oct. 9½ Pfd. Urin. — 10. Oct. 11 Pfd. Urin.

11. Oct. 10 Pfd. Urin, P. ein wenig kräftiger, die Oedeme bedeutend vermindert.

13. Oct. 12 Pfd. Urin, P. kräftiger, doch noch ziemlich unregelmässig.

14. Oct. 14 Pfd. Urin (circa 5000 Ccm.). Die Oedeme völlig geschwunden bis auf einen geringen Rest an den Füssen und um die Knöchel herum. Leber unverändert. Herzaction noch recht unregelmässig, aber entschieden kräftiger. Das systolische Sausen über der Mitralis unverändert. Respiration leicht und frei.

16. Oct. Etwas über 10 Pfd. Urin. Das Eiweiss aus dem Urin gänzlich geschwunden.

Die Urinmenge sank jetzt allmälig bis auf 7 Pfd., die Gabe Nitroglycerin wurde vermindert, und Pat. schliesslich, da sie gar keine Beschwerden weiter fühlte, auf ihren Wunsch am 29. Oct. aus dem Hospitale entlassen.

In diesem Falle war also eine sehr deutliche vermehrte Diurese um mehrere Tage früher eingetreten, ehe auch nur der geringste Einfluss auf die Herzthätigkeit zu bemerken gewesen war.

Fall II (gleichzeitig mit Fall I in Behandlung). Pat., ein Mann in den Fünfzigen, mir von früher her wohl bekannt als ein grosser, starker, kräftiger Mann, consultirte mich, nachdem er 6 Wochen lang unter der Behandlung eines anderen Arztes krank gelegen hatte. Ich fand ihn in sehr elendem, herabgekommenem Zustande; Kräfte sehr gesunken, grosse Abmagerung, völlige Appetitlosigkeit, mit mässigen Fiebertemperaturen (wechselnder Zustand, bald normale oder fast normale T., bald stieg dieselbe bis 38,9), Delirien, die ich nur für Inanitionserscheinungen halten konnte, starkem Durchfall, Klagen über Husten und Schmerzen in der rechten Seite. — Es handelte sich um eine rechtsseitige Pleuritis mit sehr reichlichem Exsudat; dabei aber zwei schlimme Complicationen: 1) ein chronischer Magendarmcatarrh, der schon seit einigen Jahren bestand. Diese ganze Zeit über stets mässiger Durchfall, Appetitlosigkeit, Widerwille gegen Speisen, da jede Nahrungsaufnahme Beschwerden verursachte und Schmerzen in der Magengegend hervorrief, so dass Pat. wenig mehr als von Zeit zu Zeit ein Glas Bier genoss; starke Ektasie des Magens. Leib aufgetrieben, namentlich die Magengegend, wenig druckempfindlich. 2) Fettherz; das Herz nicht vergrössert, der Choc kaum zu fühlen, die Töne sehr leise, die Action unregelmässig, öfters aussetzend. Dementsprechend der Puls klein und leer, unregelmässig, aussetzend. — Während der vorhergehenden Behandlung war es bis zu 14 dünnen Stühlen täglich gekommen; die Urinmenge sehr gering, höchstens 1 Pfd. täglich, bisweilen gar kein Urin. — Die Hauptgefahr lag in der Inanition; ich suchte also die Verdauung zu regeln und nach Möglichkeit zu heben durch sehr sorgfältige Regelung der Diät, etwas Rothwein, Magister. Bismuth. etc. Nachdem das so weit gelungen war, dass Pat. die aufgenommene Nahrung ohne Beschwerde ertrug und nur 1—2 breiige Ausleerungen täglich hatte, machte ich eine Probepunction und erhielt rein seröse Flüssigkeit. Das seröse Exsudat hoffte ich durch Resorption beseitigen zu können; das Darniederliegen der Herzthätigkeit, sowie der günstige Erfolg in dem vorher erwähnten Falle liessen mich glauben, dass Nitroglycerin hier das wahre Arcanum sein würde. Ein Tropfen der 1%igen Lösung drei Mal täglich gegeben hatte keinen Effect. Eine Steigerung auf 2 Tr. pro dosi hatte ebenfalls durchaus keinen Einfluss, weder auf Diurese noch auf die Herzaction, die unangenehmen Nebenwirkungen des Nitroglycerin traten aber nur allzudeutlich zu Tage: eine allgemeine Unruhe im ganzen Körper, starke Congestionen zum Kopf, die mit jeder neuen Gabe sich steigerten, so dass es nicht nur zu heftigen Kopfschmerzen, sondern auch zu Delirien kam; kurz, das Mittel musste ausgesetzt werden. Ein Versuch mit Pilocarpin schlug ebenfalls fehl; dasselbe bewirkte keine Spur von Schweiss, nur starke Uebelkeiten und Brechneigung, und was das Schlimmste war, es trat wieder stärkerer Durchfall auf. Die Beseitigung desselben schien mir wieder die dringendste Indication zu sein. Nachdem das gelungen war, wollte ich das Pleuraexsudat durch Punction entleeren. Da ich noch auf seröse Beschaffenheit des

Exsudats rechnete und Pat. äusserst furchtsam war, nahm ich einen dünneren Troicart, erhielt aber keinen Tropfen Flüssigkeit. Um zu sehen, ob das Abflussrohr nicht etwa verstopft sei, nahm ich dasselbe ab und blies hinein, worauf ein Eiterpfropf herausflog. Aber auch jetzt floss nichts ab, die Canüle war offenbar zu dünn und verstopfte sich leicht durch Eiterflocken. Jetzt rieth ich dem Patienten die Thoracotomie an sich vornehmen zu lassen. Da ihm aber dieser Rath nicht gefiel, zog er es vor sich an einen anderen Arzt zu wenden; was weiter aus ihm geworden ist, weiss ich nicht.

Dr. Schröder bemerkt bezüglich des von Dr. Holst im 2. Fall angewandten Pilocarpins, dass er dieses Mittel viel verordnet und wiederholt bei relativ stärkeren Dosen Durchfall und Tenesmen auftreten sah. Ferner lenkt er die Aufmerksamkeit der Collegen darauf, dass die Präparate ungleich sind und man aus verschiedenen Apotheken verschieden stark wirkende Lösungen erhält und räth bei jedesmaligem Wechsel der Apotheke lieber wieder mit schwächeren Dosen zu beginnen.

4. Dr. Arnheim demonstrirt einen von ihm construirten *Apparat (Thermopheugoskop)* zur Bestimmung des Wärmeverlustes der Haut, wobei der Verlust durch Strahlung, durch Leitung und durch Verdunstung bestimmt wird. (Zur Veröffentlichung bestimmte Mittheilung). (Schluss folgt).

Vermischtes.

— Herrn Dr. E. Dreypölcher sind folgende Adressen vom *Verein der Psychiater* und vom *Deutschen ärztlichen Verein* zu St. Petersburg zugesandt worden:

Hochgeehrter Herr College!

Im Auftrage des Vereins der Psychiater zu St. Petersburg haben wir Endesunterzeichnete die Ehre Ihnen mitzutheilen, dass die Mitglieder des genannten Vereins in der Sitzung vom 30. Januar a. c. einstimmig beschlossen haben Ihnen ihre Theilnahme in Anlass des über Sie verhängten gerichtlichen Urtheils auszusprechen.

Präses des Vereins: Prof. M. Mershejewski.
Secretär: P. Rosenbach.

Hochgeehrter Herr College!

Es ist in den jüngsten Tagen eine Prüfung über Sie ergangen, wie sie schwerer kaum ersonnen werden kann für einen Mann von Ehre: Sie sind das unschuldige Opfer eines Missverständnisses geworden und man hat Sie öffentlich gebrandmarkt als einen pflichtvergessenen Arzt. Aber es giebt zwei Dinge, welche den Mann befähigen auch Solches ruhig zu ertragen und seinen Nacken nicht zu beugen, auch unter der schwersten Last, die das Geschick ihm auferlegt. Das Eine ist ein reines Gewissen; das haben Sie. Das Andere ist: herzliche Sympathie und rückhaltlose Anerkennung und Hochachtung von Seiten ehrenhafter Genossen; das bringen wir Ihnen.

Der deutsche ärztliche Verein zu St. Petersburg fühlt sich gedrungen Ihnen zu sagen, dass er in seiner Gesammtheit von dem Missgeschick, das Sie betroffen, tief erschüttert und von Ihrer Schuldlosigkeit fest überzeugt ist, sowie er auch davon überzeugt zu sein glaubt, dass Sie trotz dieses Missgeschickes fortfahren werden mit derselben selbstlosen Hingabe und steten Pflichttreue den Forderungen unseres schweren Berufes in echter Humanität nachzukommen, wie Sie es bisher stets gethan haben.

Genehmigen Sie, hochgeehrter Herr College, die Versicherung unserer vollkommensten Hochachtung.

Im Namen des Vereins:
stellv. Präses: Dr. Lingen.
Secretär: Dr. E. Masing.

— Auf Bitte der Hauptverwaltung der russischen Gesellschaft des rothen Kreuzes theilen wir in Folgendem das *Programm der von der IV. internationalen Konferenz der Gesellschaften des Rothen Kreuzes um die Prämie I. M. der Kaiserin von Deutschland ausgeschriebenen Concurrenz mit.*

Ihre Majestät die deutsche Kaiserin, Königin von Preussen hat geruht der IV. internationalen Konferenz der Gesellschaften des Rothen Kreuzes, welche im September vorigen Jahres in Karlsruhe tagte, 6000 Mark, drei goldene und neun silberne Medaillen mit ihrem Bildnisse zur Verfügung zu stellen. Der Zweck dieser reichen Gabe war, die Konferenz in Stand zu setzen, Etwas im Interesse des internationalen Instituts des Rothen Kreuzes zu unternehmen, speciell zum Nutzen verwundeter und kranker Krieger. Im Hinblick auf diese Bestimmung der gnädigen Schenkung beschloss die Konferenz eine *Konkurrenz für die beste innere Einrichtung eines transportablen Lazareths* auszuschreiben, worunter die Angabe der Gegenstände zu verstehen ist, die zur Einrichtung und Indienststellung eines für eine gewisse Zahl Kranker oder Verwundeter bestimmten transportablen Lazareths am zweckmässigsten und dabei leicht zu beschaffen sind.

Die Abfassung des Konkurrenzprogramms wurde dem deutschen Central-Komité übertragen, welches folgende Puncte aufstellte:

§ 1. Vorausgesetzt wird, dass in einer abgelegenen Ortschaft, wo kein Gebäude disponibel ist, in kürzester Zeit ein Lazareth für 60 Kranke oder Verwundete zu errichten sei.

Zu diesem Zwecke werden drei Baracken von 15 Meter Länge und 5 Meter Breite, mit 2,25 Meter Wandhöhe und 3,65 Meter Giebelhöhe erbaut. Der Innenraum wird nicht abgetheilt und ist für die Unterbringung von 18, im Nothfall 20 Krankenbetten bestimmt.

An einer Aussenwand jeder Baracke findet ein Abort mit Zugang von Aussen Platz.

Eine oder zwei der anderen Baracken, die im Innern mit Abtheilungen versehen sind, sind für das ärztliche Personal, barmherzige Schwestern, Bedienung und überhaupt für Administration und Lazareth-Oekonomie bestimmt.

Es wird angenommen, das Personal bestehe aus zwei Aerzten, zwei Administrativbeamten, einem Koch und sechs Krankenwärtern.

Entsprechend diesen Voraussetzungen soll das Lazareth für die Behandlung Kranker oder Verwundeter in bester Weise eingerichtet werden.

Die an der Konkurrenz sich Betheiligenden sind übrigens nicht gezwungen, sich nur auf Baracken obigen Planes zu beschränken. Sie können sich auch fliegende Feldlazarethe, wie sie in ihrem Lande gebräuchlich sind, zum Vorbilde nehmen, selbst wenn diese in ihren Dimensionen von den vorstehenden Angaben abweichen sollten; in solchem Falle ist jedoch die Beifügung von erläuternden Zeichnungen erforderlich.

Die zur inneren Ausstattung des Lazareths dienenden Gegenstände müssen sich bequem verpacken und sowohl mit der Eisenbahn, als auch mit Bauerwagen leicht transportiren lassen. Ein Hauptaugenmerk ist somit auf Verminderung des Raumgehalts und Gewichtes zu richten.

§ 2. Hinsichtlich der Vertheilung und Anordnung der Lazarethgegenstände ist den Konkurrirenden völlige Freiheit gegeben.

Die Gegenstände, um welche es sich bei der Konkurrenz handelt, sind: Betten, Möbel, Beheizungs- und Beleuchtungsgegenstände, Utensilien der Krankenpflege, chirurgische Instrumente, Medikamente, Bandagen, Verbandartikel, Wäsche, Kleider, Küchengegenstände, Geschirr und Mundvorräthe für drei Tage.

Besonderes Gewicht soll auf rationelle Anordnung der Oefen gelegt werden, die zur Erwärmung der Baracken, und wenn möglich, auch zur Warmhaltung des Fussbodens dienen sollen. Alle Gegenstände sind in natürlicher Grösse, jedoch nur in je einem Exemplar vorzustellen. Modelle in verkleinertem Massstabe werden nicht angenommen.

§ 3. Eine erläuternde Beschreibung in deutscher, französischer, englischer oder italienischer Sprache und nöthigen Falles auch Zeichnungen sind beizufügen. Die Beschreibung muss enthalten: a) einen Plan der Baulichkeiten, welche für die Administrativbeamten bestimmt sind; b) ein Verzeichniss der zur Ausstattung des Lazareths für eine gewisse Zahl Kranker und Lazarethbeamten berechneten Gegenstände; c) genaue Angaben der Preise und Bezugsquellen der Sachen, sowie der Kosten ihrer Verpackung; d) eine Angabe der Ordnung, in welcher die Gegenstände zu verpacken und zu verladen sind, nebst annähernder Berechnung der Kollizahl, ihrer Dimensionen, ihres Gewichtes, der besten Verladungsart auf Eisenbahnen oder Bauerwagen, wie sie in Westeuropa in Gebrauch sind, mit Angabe der erforderlichen Anzahl solcher Wagen.

Da anzunehmen wäre, dass nicht immer das ganze Lazareth, sondern oft nur ein Theil desselben mobil zu machen ist, um ein bereits vorhandenes Lazareth zu erweitern, ist es wünschenswerth, dass die zu einer Baracke gehörenden Sachen gesondert zur Verpackung kommen.

§ 4. Die für die Konkurrenz bestimmten Gegenstände müssen bis zum 15. August 1888 dem anordnenden Komité der internationalen Ausstellung für Wissenschaften und Industrie in Brüssel zugegangen sein und werden adressirt: „Au comité executif du grand concours international des sciences et de l'industrie; Rue du Palais № 22 à Bruxelles.

Jeder der Konkurrenten hat ausserdem laut gleicher Adresse bis zum 15. Juli 1888 Mittheilung darüber zu machen, welches Raumes er bedarf; doch erwachsen ihm aus der Benutzung desselben keinerlei Kosten.

§ 5. Die Entscheidung der Prämiirung wird einer internationalen Jury anheimgegeben sein, die auch zu bestimmen hat, ob alle und welche Prämien zur Vertheilung gelangen.

Machen einige Personen bei der Konkurrenzarbeit gemeinsame Sache, so ist vorher anzugeben, welcher von ihnen bei eventueller Zuerkennung die Prämie zufällt.

Personen, die nicht im Stande sind, alle Gegenstände der Lazaretheinrichtung auszustellen, können sich auf die Einsendung einzelner hingehöriger Theile beschränken und erhalten dann der Bedeutung dieser Sachen entsprechende Prämien.

§ 6. Die Ausstellung der Konkurrenzarbeiten auf der Brüsseler Ausstellung währt vom 1. bis zum 30. September 1888.

Vom 3. Oktober ab können die Sachen zurückgezogen werden. Gegenstände, welche bis zum 15. Oktober nicht zurückgenommen wurden, verfallen der Belgischen Gesellschaft des Rothen Kreuzes.

§ 7. Die Jury erstattet dem Centralkomité der deutschen Gesellschaften des Rothen Kreuzes umständlich Bericht und motivirt ihre Entscheidung. Das Komité seinerseits veröffentlicht den Bericht der Jury.

§ 8. Um nähere Erläuterungen der Bedingungen und aller die Konkurrenz betreffenden Fragen hat man sich an das Deutsche Centralkomité des Rothen Kreuzes — Wilhelmstrasse 73 in Berlin — zu wenden. Hinsichtlich der Unterbringung der bezüglichen Gegenstände auf der Ausstellung ertheilt das Brüsseler Ausstellungs-(s. § 4) Auskunft.

XIII. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. Wahl, Dorpat. Dr. L. v. Holst, St. Petersburg. Dr. Th. v. Schröder, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten.

№ 7. **St. Petersburg, 13. (25) Februar** **1838.**

Medicinische Beobachtungen in Nord-Sibirien.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft der Marine-Aerzte).

Von

Dr. Alexander Bunge.

M. H.! Gestatten Sie mir Ihre Aufmerksamkeit für kurze Zeit auf eine Gegend des fernen Ostens, die Provinz Jakutsk, zu lenken, in deren nördlichem Theile ich fast ununterbrochen fünf Jahre, von Anfang des Jahres 1882 bis Ende d. J. 1886, zugebracht habe, auf Expeditionen, deren erste von der Kaiserl. Geograph. Gesellschaft, die zweite von der Kaiserl. Academie der Wissenschaften ausgerüstet waren. Ich möchte Ihnen heute einige Mittheilungen über die unter den dortigen Eingeborenen herrschenden Krankheiten machen und hoffe, dass dieselben für Sie nicht ohne Interesse sein werden. Vorausschicken aber muss ich, dass einerseits meine medicinischen Untersuchungen und Beobachtungen nicht sehr zahlreiche sind, da die medicinische Praxis, angesichts der Menge der uns gestellten Aufgaben, in zweiter Linie stand; nur meine freie Zeit konnte ich derselben widmen und war ausserdem bei den ungeheueren Entfernungen nicht im Stande dem Verlauf der Krankheiten zu folgen, da ich die Kranken häufig nur einmal zu Gesichte bekam. Andererseits sind die Krankheiten, die ich dort zu sehen Gelegenheit hatte, mit Ausnahme einer einzigen dieselben, die hier in Petersburg wie auch im übrigen Russland und Europa täglich beobachtet werden. Daher beanspruchen meine Beobachtungen nur in so weit Interesse, als sie in einer entfernten und bisher wenig bekannten Gegend angestellt wurden und somit, zusammen mit anderen Beobachtungen nicht nur in wissenschaftlicher Beziehung, z. B. betreffs der geographischen Verbreitung der Krankheiten, sondern auch in praktischer nicht ohne Werth sein mögen.

Gestatten Sie mir zunächst einige Worte über die Gegend selbst, ihr Klima und ihre Bewohner.

Die Provinz Jakutsk, die grösste Sibiriens, erstreckt sich von Süden nach Norden vom 54° nördl. Br. bis zum Eismeer, d. h. ungefähr bis zum 73° nördl. Br., rechnet man die Neusibirischen Inseln dazu, sogar bis 76° nördl. Breite; von Westen nach Osten reicht sie vom 74° bis 140° w. L. von Pulkowa, und umfasst einen Flächenraum von fast 3½ Millionen □Werst, oder 70 Tausend □Meilen, d. h. den 11. Theil des ganzen asiatischen Festlandes oder ebensoviel wie das ganze europäische Russland. Die Gegend ist grösstentheils bergig und steigt bis zu 5000 Fuss in einzelnen Bergrücken an, deren Gipfel 7000 Fuss erreichen. Sie wird fast in ihrer ganzen Ausdehnung durchströmt von dem herrlichen Lenastrom und dessen mächtigen Nebenflüssen: Oljekma, Witim, Aldan und Wiljui. Ausserdem finden sich noch zahlreiche Flüsse, unter denen als bedeutendste zu erwähnen sind: die Anabara, der Olenjëk, die Iana, Indigirka, Alaseja und Kolyma, die uns kaum dem Namen nach bekannt sind, obgleich ihre Länge 2000 und mehr Werst beträgt.

Aus verschiedenen Gründen muss man dies ganze Gebiet in zwei scharf von einander unterschiedene Theile theilen, den nördlichen und den südlichen. Während der südliche Theil von undurchdringlichen Wäldern bedeckt ist, die nur selten von Wiesen und Heuschlägen unterbrochen werden, erstreckt sich im nördl. Theile, d. h. ungefähr vom 70° n. Br. an die unendliche Tundra, kaum bedeckt von spärlicher Vegetation, Moos und Flechten. Entsprechend der Natur theilt sich die Beschäftigung der Bevölkerung. Die Eingeborenen und Ansiedler im Süden beschäftigen sich mit Viehzucht und theilweise sogar mit Acker- und Gemüsebau; die Hauptbeschäftigung der Bevölkerung im Norden bilden Fischfang, Jagd und Rennthierzucht. Endlich ist auch im Klima, obgleich es überall rauh ist, ein Unterschied zu bemerken: im Süden ist der Sommer, ungeachtet seiner Kürze, sehr heiss, so dass in der Stadt Jakutsk z. B. vorzügliche Arbusen reif werden; noch unter dem 68° n. Br. im Janalande konnte ich eine Temperatur von 34° C. im Schatten beobachten; im Norden dagegen ist der Sommer kurz und kalt, beständige Winde, Regen, Nebel, Schnee und Schneegestöber wechseln miteinander ab. Umgekehrt ist der Winter in der Nähe des Eismeeres viel milder, als im Süden, wo vom November bis Ende Februar eine Kälte von 50° C. und mehr andauert. Ich selbst habe sehr niedrige Temperaturen nicht beobachtet, da ich mich zur Zeit der strengsten Kälte, im Januar, an der Küste des Eismeeres oder südlich vom Jakutsker Gebiet, im Gouvernement Irkutsk, aufhielt. Als niedrigste Temperatur habe ich am 16. Nov.

1884 in der Stadt Werchojansk 56° C. und einige Zehntel abgelesen. Im December 1885 und 86 aber hielt daselbst einige Tage der Reihe nach eine Kälte von 66° C. an, was in Wirklichkeit nach den Untersuchungen des Herrn Academiker Wild 74° C., d. h. 60° R. entspricht. Zu bemerken ist, dass dort bei solcher Kälte absolute Stille herrscht, während an der Küste des Eismeeres, wo die Kälte immerhin bis 54° C. steigt, heftige Schneestürme wüthen.

Viele Reisende versichern, dass bei solcher Kälte das Athmen schwer wird und man in der Brust Schmerz empfindet. Ich habe nichts Derartiges empfunden, obgleich ich mehr als einmal ganze Tage auch bei 50° C. und mehr im offenen Schlitten gereist bin; auch die Einwohner der Stadt Werchojansk versicherten mir, dass sie bei den allerniedrigsten Temperaturen auch niemals irgend welche Unbequemlichkeiten empfunden und nie ihre gewohnten Beschäftigungen unterbrochen hätten. Nur nach starker Körperbewegung, z. B. schnellem Laufe trat bei mir sehr acuter Bronchialcatarrh mit Schmerz und Husten auf, der übrigens ebenso rasch schwand, als er entstanden war.

Das ganze ungeheuer grosse Jakutsker Gebiet bewohnen nur 250 Tausend Menschen: Russen, Jakuten, Tungusen und im äussersten Osten wenige Tschuktschen; den Grundstock der Bevölkerung und den bei weitem grössten Theil derselben bilden die Jakuten, die einst die ersten Bewohner dieser Gegend, die Tungusen, verdrängt und sich darauf mit ihnen, besonders im Norden, in eine Völkerschaft verschmolzen haben. Deshalb ist die herrschende Sprache hier die jakutische.

Die Jakuten, ein Volk türkisch-tatarischer Abstammung sind von mittlerem Wuchs und kräftigem Körperbau. Die Hautfarbe ist dunkel, die Haare sind schwarz, die Augen braun und schief geschlitzt; die Nase ist platt, bisweilen aber gebogen, was ihnen Aehnlichkeit mit den nordamerikanischen Indianern giebt, worauf schon früher Middendorf aufmerksam gemacht hat. Die Backenknochen springen stark vor, die Zähne sind bis in's höchste Alter ausgezeichnet gut; die Hände und Füsse sind klein. Die Weiber sind von niedrigem Wuchs, aber breitschultrig und haben ein breites Becken; sie gebären leicht, fast ohne jede fremde Hülfe. Zu meinem Bedauern bin ich nicht ein einziges Mal bei einer Geburt zugegen gewesen, obgleich die Jakuten sich mehrfach vor einer solchen an mich mit der Bitte wandten, nöthigenfalls ärztliche Hülfe zu leisten. Die Zahl der Kinder ist eine sehr beschränkte, selten höher als 2—3, von denen noch etwa die Hälfte im Kindesalter stirbt.

Die Tungusen sind mongolisch-mandshurischer Abstammung; sie sind von niedrigerem Wuchs und zarterem Körperbau, als die Jakuten; ihre Hautfarbe ist bedeutend heller; die Haare sind ebenfalls schwarz und die Augen braun; den Hauptunterschied von den Jakuten bildet das Gesicht, das breiter und flacher ist. Während bei letzteren das Os zygomaticum stärker vorspringt, tritt bei den Tungusen der Arcus zygomaticus mehr hervor. Uebrigens ist es schwierig scharfe Unterscheidungsmerkmale der beiden Völkerstämme festzustellen, da man selten von der Reinheit der Abstammung eines Individuums überzeugt sein kann.

Die Jakuten leben in sogenannten Jurten — hölzernen Gebäuden in Form einer abgestumpften Pyramide, die durch Kamine erheizt werden; in Folge dessen ist die Luft in denselben, besonders wenn sie mit einer Diele versehen sind, rein und trocken. Das eben Gesagte bezieht sich aber nur auf die nördlichen Jakuten; bei den südlichen zeichnet sich die Luft im Winter nicht durch Reinheit aus, da auch das Vieh in der Jurte gehalten wird. Die Tungusen, die im Süden, wie im Norden beständig nomadisiren und sich ausschliesslich mit Jagd und Fischfang beschäftigen, leben in ledernen Zelten, die sie, je nach Bedürfniss von einem Ort zum andern transportiren; sie beschäftigen sich auch mit Rennthierzucht.

Was den Charakter und die Sitten der Eingeborenen betrifft, so besteht auch darin ein Unterschied zwischen den nördlichen und südlichen. In jeder Beziehung muss man, nach den von mir eingezogenen Erkundigungen, den nördlichen den Vorzug geben; persönlich habe ich fast nur die Bewohner der Eismeerküste kennen gelernt. Diese sind ein gutmüthiges, immer heiteres und äusserst sorgloses Volk, sie folgen genau den Worten der Schrift und sorgen nicht für den kommenden Tag; nur Noth und Hunger vermögen sie zur Arbeit zu treiben. Ihre Ehrlichkeit und Moralität sind tadellos, das Familienleben ist vortrefflich, die Liebe zu den Kindern sehr gross. Mord und Selbstmord sind vollständig unbekannt. Ein sehr hervorstechender Charakterzug ist ihre Redseligkeit, die schon aus der Form des Grusses «Kapsä» (deutsch «Erzähle») hervorgeht; und in der That finden sie Stoff zu endlosen Erzählungen, deren Inhalt fast nur die allergewöhnlichsten Ereignisse bilden. Wenn auch dieser Stoff erschöpft ist, so fängt das Erzählen unendlich langer Märchen an und der Erzähler kann stets auf dankbare Zuhörer rechnen. Ein weniger angenehmer Zug ihres Charakters ist ihre Leidenschaft für das Spiel, besonders für das Kartenspiel, wobei sie besonders dem Hazardspiel zu hohem Einsatz ergeben sind. Da sie selten etwas besitzen, spielen sie meist auf Schuld, halten aber das Bezahlen derselben für eine Ehrensache. Schliesslich muss ich noch erwähnen, dass sie sehr gierig nach narkotischen Genussmitteln, wie Thee, Tabak und Branntwein sind, für die sie bereitwillig das Letzte hingeben.

Nach dieser kurzen Einleitung, die sich natürlich bis zum Umfange eines ganzen Bandes erweitern liesse, gestatten Sie mir zu meinem Thema im engeren Sinne überzugehen, zu den Krankheiten, die im nördlichen Theil des Jakutsker Gebietes herrschen, und zu der Art ihrer Behandlung. Ich will nur einige Worte über den Zustand des modernen Medicinalwesens in diesem Gebiet vorausschicken. In der ganzen ungeheuren Ausdehnung desselben sind nicht mehr als 8 Aerzte in Thätigkeit, wenn alle Stellen besetzt sind; freiprakticirende Aerzte giebt es nicht. Von diesen kommen 4 auf die Stadt Jakutsk (der Medicinalinspector, der Stadt-, Militär- und Kreisarzt) und je einer auf die Kreisstädte: Olekminsk, Wiljuisk, Werchojansk, Kolymsk. Die Zahl der Feldscheere ist nur wenig grösser; Hebammen giebt es in jeder Kreisstadt eine. Aus diesen Angaben können Sie sich eine Vorstellung über den dortigen Zustand der ärztlichen Hülfeleistung machen, wenn Sie dabei die ungeheuren Entfernungen und das Verstreutwohnen der Bevölkerung in Betracht ziehen.

Ich habe besonders an zwei Orten Gelegenheit gehabt die örtlichen Krankheiten kennen zu lernen, an der Mündung der Lena und an der Mündung der Jana im Dorfe Kasatschje. Die Eingeborenen, welche sich anfangs misstrauisch gegen uns verhielten, fingen, da sie sahen, dass wir ihnen keinen Schaden zufügten, sondern im Gegentheil ihnen nützlich sein konnten, an, sich mit verschiedenen Bitten an uns zu wenden, unter anderem auch um ärztliche Hülfe und ich war fast immer im Stande diese Bitte zu erfüllen, da ich eine recht gut versehene Apotheke mit hatte. Häufig kamen sie, wenn sie von uns hörten, aus weiter Entfernung auf 1000 und mehr Werst.

Die Jakuten selbst theilen die Krankheiten in zwei Arten: die russischen und die jakutischen. Zu den ersteren rechnen sie Pocken und Syphilis, zu den letzteren alle übrigen Krankheiten. Machen wir mit jenen den Anfang.

Die *Syphilis* muss vor etwa 25 Jahren in diesen Gegenden schrecklich gehaust haben; jetzt ist sie, nach meinen Beobachtungen, im Norden nicht so sehr verbreitet, rings um die Städte Jakutsk und Werchojansk herrscht sie aber noch in ärgster Weise. Früher sind im Norden hier und da ganze Dörfer in Folge der Syphilis ausgestorben (Sagastyr). In den 60-ger Jahren entsandte die Regierung angesichts der durch dieselbe verursachten, erschreckenden Verödung einige Aerzte in diese Gegend speciell zur Bekämpfung der Syphilis und offenbar haben dieselben energisch und erfolgreich gewirkt, da sie das beste Andenken unter Russen und

Eingeborenen hinterlassen haben. Ausserdem muss man wohl annehmen, dass die letzteren selbst, nachdem sie die ihnen drohende Gefahr begriffen hatten, anfingen vorsichtiger zu werden und die Ansteckung zu vermeiden. Jedenfalls habe ich an der Lenamündung, wie auch in Ustjansk (an der Janamündung) nur einige Fälle von grösstentheils inveterirter Syphilis gesehen. Allerdings ist der Umstand dabei zu beachten, dass uncivilisirte Völkerschaften, wie jeder Arzt, der unter denselben zu leben und zu prakticiren Gelegenheit gehabt hat, weiss, vor demselben frische Erkrankungen zu verheimlichen pflegen, so dass ihm fast nur veraltete Fälle zu Gesicht kommen (S p e r k).

Von anderen venerischen Krankheiten habe ich im Norden nur ein Mal Tripper beobachtet und auch der war wahrscheinlich in der Stadt Jakutsk acquirirt worden.

Die zweite hierhergehörige Krankheit, die *Pocken*, bilden eine noch schrecklichere Geissel dieser Gegend, da die Impfung in höchst ungenügendem Maasse geübt wird. Sie sind in diesem Jahrhundert an verschiedenen Stellen des Jakutsker Gebietes epidemisch aufgetreten. Zu Ende des J. 1883 und im J. 1884 konnte ich, wenn auch aus der Ferne, dem Verlaufe einer solchen Epidemie folgen. Dieselbe begann im Sommer d. J. 1883 in der Nähe der Stadt Jakutsk, und wurde von dort die Lena abwärts verschleppt durch zurückkehrende Handelsfahrzeuge, die auf ihrem Wege die Ansteckung über die ganze Uferbevölkerung bis zum Dorfe Bulun verbreiteten; hier am Endpunct der Schifffahrt hauste sie in schrecklicher Weise. Mit Anbruch des Winters schien sie bereits vollständig geschwunden zu sein, als sie plötzlich wieder mit erneuter Kraft im Südosten des Lenadeltas auftrat, wo sich einige Dörfer mit einer Einwohnerzahl von zusammen circa 100 Seelen befinden; von diesen starben im Laufe des Winters gegen 60 Personen. Zum Glück entwickelte sich die Epidemie nicht in dem unserer Station benachbarten Dorfe von gegen 150 Seelen, obgleich sie dahin von einem angesteckten Jakuten verschleppt wurde, der am 3. Tage nach seiner Ankunft starb; in Folge seines raschen Todes und wohl auch der von uns getroffenen Anordnungen fand keine weitere Verbreitung der Krankheit statt.

Unter der örtlichen Bevölkerung herrscht der Glaube, es wandre die Pockenkrankheit in Gestalt eines alten Weibes in der Gegend umher und stecke die Ortschaften an, in denen sie verweilt. Als sie sich einst zur Wanderung von Ustjansk an die Lenamündung aufmachte, habe sie ein Kind mitgenommen, das bestimmt gewesen sei die Krankheit im nördlichen Theile des Deltas zu verbreiten. Aber auf dem Wege über die Meeresbucht sei das Kind, bei einem heftigen Schneesturm, in Folge der Kälte gestorben und dadurch wäre der nördliche Theil des Deltas für immer von der Pockenkrankheit befreit. — Diese Sage ist nicht ohne einen Kern von Wahrheit, da sie auf den rettenden Einfluss der strengen Kälte und der Schneestürme hindeutet.

Von der Lenamündung verbreitete sich die Epidemie weiter nach Osten zur Mündung der Jana, und erreichte dann im Laufe d. J. 1884, nachdem ihr fast die Hälfte der Bevölkerung der Küstengegend zum Opfer gefallen war, die Mündung der Kolyma, wo sie schreckliche Verheerungen unter den dortigen Eingeborenen, besonders den Tschuktschen, anrichtete. Im Anfang des J. 1885 drohte sie wieder mit Kaufleuten aus Kolymsk in den Werchojansker Kreis zurückzukehren, erlosch aber bald von selbst oder Dank den ergriffenen Maassregeln.

Angesichts so schrecklicher Verheerungen, welche die Epidemie anrichtete, muss es sonderbar erscheinen, dass es noch Leute giebt, die den Nutzen der Schutzpockenimpfung bestreiten: während die gut geimpfte russische Bevölkerung garnicht litt, starb von den schlecht oder überhaupt nicht geimpften Eingeborenen mehr als die Hälfte. Auch denen, die den Nutzen der Schutzpockenimpfung läugnen in der Meinung, dass man den Pocken freien Lauf lassen solle, damit der schwächere Theil der Bevölkerung aussterbe, der starke übrig bleibe, muss ich bemerken, dass umgekehrt der beste und kräftigste Theil der Bevölkerung der Epidemie zum Opfer fiel.

Bemerkenswerth ist die auch sonst schon beobachtete Erscheinung, dass zur Zeit der Epidemie sowohl im Winter des Jahres 83 bei uns auf der meteorologischen Station, wie auch in Ustjansk im Jahre 85, als die Pocken wieder aufzutreten drohten, sich die *Windpocken* zeigten, welche die örtliche Bevölkerung nicht wenig erschreckten.

Im Anschluss an die angeführten infectiösen Krankheiten muss ich erwähnen, dass ich im Sommer des Jahres 85 Gelegenheit hatte ein recht eigenthümliches epidemisches Auftreten der Rose (*Erysipelas*) zu beobachten, welche bis zu der Zeit nach den von mir eingezogenen Erkundigungen, den Eingeborenen noch unbekannt war. Sie trat im Thale des Flusses Dolgulach, eines Nebenflusses der Jana, auf und versetzte die ganze Bevölkerung in grossen Schrecken. Später habe ich dieselbe noch mehrfach im Juni-Monat in verschiedenen Orten an der Jana beobachtet. Woher sie erschien und wie diese typisch infectiöse Krankheit in eine so entfernte Gegend verschleppt wurde, vermag ich nicht mit Sicherheit zu sagen; ich glaube aber, dass Insecten, Mücken oder Fliegen, die Infectionsträger gewesen sind.

Es erübrigt mir noch einige Worte über eine Infectionskrankheit zu sagen, die ich zwar nicht am Menschen beobachtete, über welche es mir aber gelang Daten zu sammeln, die im Hinblick auf die Untersuchungen P a s t e u r's und Anderer höchst interessant sind; ich meine die Wasserscheu oder Tollwuth (*Lyssa*). Schon in Jakutsk erfuhr ich von einem dortigen Veterinären, dass im Norden die echte Tollwuth unter den Hunden recht häufig auftritt, dass sie aber merkwürdiger Weise nie auf den Menschen übertragen wird. Während der langen Zeit meines Aufenthaltes im Lenadelta konnte ich mich von der Richtigkeit dieser Mittheilung überzeugen. Bekanntlich benutzt man an der Küste des Eismeeres statt der Pferde und Rennthiere Hunde zum Fahren, und hält dieselben daher in grosser Menge. Sowohl durch Erzählungen der Eingeborenen, wie auch durch persönliche Beobachtungen an unseren eigenen Hunden, konnte ich mich von dem Vorkommen der richtigen Wasserscheu überzeugen. Die Eingeborenen erzählten, dass häufig Leute von tollen Hunden gebissen worden seien, was bei der grossen Anzahl von Hunden und der häufigen Erkrankung derselben durchaus wahrscheinlich ist, niemals aber wäre die Krankheit auf einen Menschen übertragen worden. — Daran, dass ich es in der That mit richtiger Wasserscheu zu thun hatte, konnte ich nicht zweifeln, in Anbetracht aller beobachteten Krankheitssymptome, die mir schon von früher her bekannt waren. Ausserdem secirte ich einen Hund und fand die Anzeichen, die als charakteristisch für die Wasserscheu gelten, nämlich: Holzstücke und verschiedene Fremdkörper im Magen, sowie Affection des ganzen Darmcanals und der Mesenterialdrüsen. Ich bedaure ungemein, dass ich damals nichts von den Entdeckungen P a s t e u r's wusste, da es nicht schwer gewesen wäre, das Gehirn in getrocknetem Zustande aufzubewahren, oder auch dasselbe gefroren hierher zu schicken zu weiteren, wie mir scheint, höchst interessanten Experimenten, da man in den Culturen dieses Gehirns vielleicht ein Mittel zur Präventivimpfung der Wasserscheu gefunden hätte.

(Schluss folgt).

Referate.

A. A. Balmaschow: Zur Frage über den Einfluss der Lager auf die Gesundheit der Soldaten. (Arbeiten der Militärärzte in Moskau 1887. № 7).

Verf. hat als Mittel zur Erkennung des Einflusses des Lagerlebens auf den Gesundheitszustand der Soldaten das Gewicht der Soldaten benutzt, indem er dasselbe im Anfang des Lagers, ca. den 1. Juni, bei zu gleicher Zeit vorgenommener genauer Körperbesichtigung der Soldaten des 1. Nev'schen Infant. Regiments, und darauf den Tag nach der Rückkehr aus dem Wladimir'schen Gouvernement von den Manövern (26. und 27. August) bestimmte. Verf. bespricht zuerst genau die Nahrungs- und Lebensverhältnisse unserer Soldaten in den Kasernen, dann ebendieselben während des Lagerlebens, speciell

während der letzten Manöver, giebt genaue Tabellen über den chemischen Gehalt der Portionen, die Vertheilung und Grösse der Wachtposten, die Temperatur- und Witterungsverhältnisse während der Lagerzeit etc. Die Schlussfolgerung ist — dass das Lagerleben für die Soldaten zuträglich ist, da von den Soldaten, die am Manöver Theil genommen haben, 61,5% an Gewicht zugenommen, 31,3% an Gewicht verloren haben und 7,16% an Gewicht gleich geblieben sind, während von denen die am Manöver nicht theilgenommen haben, aber im Lager geblieben waren: 67,1% an Gewicht zugenommen haben, 22,4% an Gewicht verloren haben und 10,5% an Gewicht gleich geblieben sind. — Wir können diese Schrift einem jeden Militär-Arzt empfehlen — aus derselben ist viel und Vieles zu lernen. —i—.

Madelung: Zur Frage der operativen Behandlung der inneren Darmeinklemmungen. (Langenbeck's Arch. XXXVI. 2).

Verf. bekennt sich im Allgemeinen als Anhänger der Enterostomie. In welchen Fällen die Laparotomie behufs Auffindung und radicaler Beseitigung des Circulationshindernisses indicirt oder berechtigt sei, lasse sich bisher weder objectiv aus der vorliegenden Casuistik, noch auch selbst rein subjectiv aus eigenen Erfahrungen vom einzelnen Chirurgen bestimmen. Die Schwierigkeit der Diagnose — doppelt gross für den Chirurgen, dem solche Fälle ja gewöhnlich erst ganz zuletzt zugehen — bilde das Haupthinderniss eines planmässigen Eingreifens, zugleich ein Hinderniss, für dessen Beseitigung sich Mittel und Wege zur Zeit noch nicht einmal ahnen lassen. So lange aber dem so ist, bleibt uns für viele Fälle als einziges Mittel zur Sicherung einer rechtzeitigen, will sagen frühzeitigen Diagnose die probatorische Incision, und dürfte demnach der Punct, an welchem behufs wirksamer Förderung der operativen Behandlung des Ileus die Hebel anzusetzen wären, in der Technik der Laparotomie liegen. Die Erörterung einiger für die letztere maassgebender Gesichtspuncte bildet den wesentlichen Inhalt des vorliegenden Artikels.

Es dürfte zunächst von Wichtigkeit sein, an die Laparotomie nicht heranzutreten, wenn Einem nicht der ganze für solche Fälle erforderliche Apparat der *Antiseptik* in weitestem Umfange zu Gebote steht, und man nicht zugleich auch auf alle zur radicalen Cur der Einklemmung etwa nöthig erscheinenden Maassnahmen (Vernähung von Bruchpforten, Exstirpation von Tumoren u. dergl.) vorbereitet ist. Im Allgemeinen sind solche Operationen also nur auf einer gut ausgestatteten chirurgischen Abtheilung ausführbar, und gesteht Verf. offen bei Consultationen ausserhalb der Stadt bei Ileus-Patienten, die seiner Anschauung nach laparotomirt werden müssten, sich entweder jeden operativen Eingriffes enthalten oder die Enterostomie ausgeführt zu haben. Wer ohne genügend günstige äussere Bedingungen an eine Laparotomie wegen innerer Einklemmung gehe, bekunde dadurch Unkenntniss dessen, was ihm bevorstehen könne, oder spiele Hazard.

Die *Narkose* bringt für Ileus-Patienten im Kothbrechen eine gewissermassen specifische Gefahr mit sich. Derselben lässt sich jedoch fast mit Sicherheit durch Ausspülung und Entleerung des Magens mit der Schlundsonde begegnen. Ueber den Werth der Magenausspülungen zur Behandlung des Ileus überhaupt theilt Verf. die 1886 von Bardeleben in der medicinischen Gesellschaft entwickelten Ansichten.

Für die *Incision* ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, nämlich überall, wo eine genaue Absuchung des ganzen Darmtractus erforderlich ist, die Linea alba zu wählen. Betreffs der Länge derselben herrschen zur Zeit noch verschiedene Ansichten, deren Extreme durch Kümmell einerseits und durch Mikulicz und Treeves andererseits vertreten werden. Ersterer empfiehlt eine ausgiebige Spaltung der Linea alba, event. in ihrer ganzen Ausdehnung, Auspackung der Gedärme in warme Carbolservietten und schleunige Beendigung der ganzen Operation. Mikulicz legt nur einen rel. kleinen Schnitt an. In demselben wird durch einen Assistenten eine beliebige Darmschlinge fixirt und von letzterer aus, zuerst nach der einen und dann nach der anderen Richtung hin, immer je eine Schlinge hervorgezogen und sofort wieder reponirt, bis man den Sitz der Occlusion gefunden hat. Als Wegweiser dienen dabei die Injectionsverhältnisse der Darmserosa. Treeves lässt ebenfalls nur einen kleinen Schnitt zu, durch welchen die Hand behufs Abtastung der Peritonäalhöhle eingeführt werden soll. Die Gefahren des Choc's durch mechanische und thermische Insultirung der Därme dürften bei allen diesen Methoden eine annähernd gleiche Höhe erreichen, im Uebrigen aber Vor- und Nachtheile sich etwa die Waage halten, und das Facit in keinem Falle ein ganz befriedigendes sein. Die Methoden von Mikulicz und Treeves gewährleisten keinen sicheren Erfolg und involviren sogar zum Theil Zufälligkeiten unangenehmster Art bei der Beseitigung des schon entdeckten Hindernisses; diejenige von Kümmell dagegen kann durch die Unmöglichkeit, die Bauchwunde über den geblähten Därmen wieder zu vereinigen, zu geradezu verzweifelten Situationen führen. Zur Beseitigung dieser Uebelstände schlägt Verf. vor zunächst nur einen kleinen Schnitt in der Linea alba anzulegen, durch denselben eine geblähte Darmschlinge hervorzuziehen und behufs Entleerung des Darmes letztere breit zu eröffnen. Die Darmschlinge und Bauchwunde werden dabei zum Schutz gegen Beschmutzung mit Jodoformmarly bedeckt. Nach Entleerung eines möglichst grossen Quantums Darminhalt wird dann die Darmwunde vernäht und die Schlinge zu beiden Seiten derselben mittelst durch das Mesenterium geführter Fäden abgebunden, damit nicht während der nun folgenden Manipulationen die Darmnaht durch etwa gegen dieselbe andrängende Kothmassen gesprengt werde. Nachdem dies geschehen, erweitert man die Bauchwunde nach Bedürfniss, um das Circulationshinderniss aufzusuchen und zu beseitigen. Gelingt letzteres, so werden die beiden provisorischen Ligaturen von der eröffneten Darmschlinge entfernt und letztere versenkt. Im entgegengesetzten Falle wird dieselbe in der Bauchwunde fixirt, die Naht wieder geöffnet und die Incisionswunde zur Anlage eines künstlichen Afters benutzt. Die Punction geblähter Darmschlingen mittelst des Troicarts oder der Aspirationsnadel verwirft Verf. vollständig. Sein Verfahren hat sich ihm in einem Falle, der übrigens nicht mit Genesung endete, rein technisch bewährt. G.

Loebisch: Ueber die neueren Behandlungsweisen der Fettleibigkeit. (Wiener Klinik. 1. und 2. Heft. 1887).

Nach einer längeren Einleitung, in welcher Verf. das Wichtigste, was bis jetzt über die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Fette, ihre Entstehung aus den verschiedenen Nährstoffen und ihre Bedeutung für den Stoffwechsel bekannt ist, in klarer anschaulicher Weise resumirt hat, bespricht er in eingehender Weise erst die diätetischen Heilmethoden, dann die Brunnencuren und endlich die hydrotherapeutischen Curen der Fettleibigkeit. Die diätetischen Heilmethoden theilt er 1) in solche, wo die Fettentziehung durch Regelung der Nahrungszufuhr angestrebt wird (Banting's Cur und Ebstein's Methode); 2) in solche, wo behufs Entfettung neben Regelung der Nahrung auch noch die physiologischen Factoren der Fettzersetzung z. B. Muskelbewegung etc. verwerthet werden (Oertel's und Demuth's Verfahren). Die energische Banting-Cur will Verf. nur bei hereditär fettleibigen jüngeren Individuen, wie auch bei Frauen, bei denen sich Fettansatz auf anämischer Grundlage entwickelt hat mit gleichzeitiger Muskelübung angewendet wissen. Bei über 40 Jahre alten Individuen ist sie zwecklos und gefährlich, da bei ihnen einerseits auf Fleischansatz nicht mehr zu rechnen ist, andererseits das Blut sehr leicht mit den Extractivstoffen des Fleisches überladen werden kann. Für die beste Behandlungsmethode der uncomplicirten Fettsucht erklärt L. die Ebstein'sche Reductionscur. Das Vorherrschen der Fette vor den Kohlenhydraten in der Ebstein'schen Kostration befördert einerseits das Sättigungsgefühl und setzt andererseits das Bedürfniss nach Wasseraufnahme herab. Ein dritter Vorzug der E—schen Kostration ist ihre compendiöse Form.

Das Oertel'sche Verfahren eignet sich am besten bei mit Kreislaufstörungen, Hydrämie und Ueberfüllung des venösen Apparates verbundener Fettleibigkeit, jedoch birgt dieses Verfahren nicht weniger Gefahren als das Schrott'sche in sich; deshalb ist bei dieser Methode noch mehr als bei jeder anderen eine stete Controlle des Gewichts, der Muskelkraft und der Stickstoffassimilation und -ausscheidung nöthig.

Die anderen Behandlungsmethoden bespricht L. nur ganz kurz und theilt dabei im Wesentlichen nichts Neues mit. Kn.

Braus: Exitus letalis in Folge missbräuchlich gehandhabter Schmiercur. (D. med. W. 1887. № 27).

Ziemssen: Die Heilung der sogenannten Dysenteria mercurialis. (D. med. W. 1887. № 35).

Dr. Braus berichtet über zwei Todesfälle an Dysenteria mercurialis, welche durch uncontrolirtes Einreiben von Unguent. ciner. veranlasst waren. Die Patienten hatten 5,0, respective 18,0 Unguent. ciner. täglich angewandt. Bei der Behandlung spielten Opiate eine Hauptrolle.

Mit Bezug darauf weist Dr. Ziemssen in einem kleinen Aufsatz darauf hin, dass er früher auch Fälle von Dysenteria mercurialis beobachtet habe, zum Glück nicht mit tödlichem Ausgang, dass er jetzt aber nie Derartiges sehe, obgleich er bis zu 12,0—15,0 Ung. ciner. täglich einreiben lässt. Die Erklärung liegt darin, dass er ausgiebig Ol. Ricini anwenden lässt, niemals Opiumpräparate braucht. In den Braus'schen Fällen wäre indicirt gewesen 30,0 Ol. Ricini stündlich zu geben, vielleicht wären die Kranken dann gerettet worden. Ol. Ricini ist bei Dysenteria mercurialis ein geradezu ideales Laxans, weil es nur alles Schädliche fortschafft, den Darm gar nicht reizt. Max Schmidt.

L. Friedmann: Erfahrungen eines Lungenkranken. (Separatabdr. aus «Deutsche Medicinal-Zeitung» 1887. № 80. 8°. 34 S.).

Das Wesentliche für die Phthisiker ist ausgedehnter Freiluftgenuss und stete ärztliche Controle. Am bequemsten ist der Genuss freier Luft im Süden durchzuführen; desshalb räth F. denjenigen Kranken, welche die Mittel dazu haben, südlich der Alpen zu gehen und sich unter genaue ärztliche Controle zu begeben, womöglich in ein Hôtel, eine Pension, die ärztlich geleitet wird. Neues erfährt man aus dem Schriftchen nicht; die Falkensteiner Principien werden in demselben gepredigt. Nur *eine* grosse Scheidung der Kranken will F. vornehmen, in Torpide und Erethische. Die Torpiden sollen auf die Höhen ziehen, die Erethischen sollen im Flachland bleiben. Entgegen Fromm meint F., diese Scheidung sei eine ungesuchte und leicht vorzunehmende, — wir sind aber der Meinung Fromm's, und halten einen torpiden Phthisiker für eine grosse Seltenheit. Der Aufsatz ist frisch und hübsch geschrieben, nur wird die Wirkung durch

die vielen, ganz unnützer Weise wie zur Parade eingestreuten fremdsprachigen Benennungen und Phrasen beeinträchtigt.

Max Schmidt.

Statz: Ueber die Resultate der Bergeon'schen Methode der Behandlung von Lungenschwindsucht. (D. med. W. 1887. № 32).

10 Schwindsüchtige wurden so behandelt, mit Einspritzung von je 3, später je 6 Liter Kohlensäure, welche durch 250 Grm. Weilbacher Wasser geleitet worden. Darunter befanden sich 2 leichte Erkrankungen, 4 schwere, 4 mittleren Grades. Bei einem Kranken dauerte die Behandlung 9 Tage, bei 2 Kranken 5 Wochen, bei 4 derselben 10 Wochen, bei den 3 letzten 6, 13 und 16 Wochen. Die unmittelbare Wirkung ist Erleichterung der Athmung, Herabsetzung der Frequenz derselben, gleichzeitig tritt Besserung des subjectiven Befindens ein. Bei den ersten Injectionen waren öfters Schmerzen im Abdomen, die nur in zwei Fällen, wo tuberculöse Darmgeschwüre vermuthet werden konnten, zum Aufgeben der Cur zwangen. Stuhldrang trat nur in vereinzelten Fällen während der Injection ein. Schlafmachende Wirkung trat nur bei zwei Kranken ein, und zwar blos zu Beginn der Cur. Während der Injection, und circa 1 Stunde nach derselben H_2S-Geschmack beim Husten, doch nie sehr belästigend.

Bei 6 Kranken war erheblicher Nachlass der Krankheitserscheinungen, 2 Kranke blieben unbeeinflusst, 2 starben. Von den ersten 6 hatten sich 2 je 5 Wochen, 3 je 10 Wochen, einer 16 Wochen der Cur unterzogen. 2 Fälle waren leichte Erkrankungen, 3 mittelschwere, einer schwer. Von den 3 Kranken mit hektischem Fieber verloren 2 dasselbe schon nach 2, resp. 3 Tagen, der dritte wurde erst nach 6 Wochen fieberfrei. Bei allen 6 Kranken nahmen Husten und Auswurf ab, Alle verloren bald nach Beginn der Cur ihre Nachtschweisse, zeichneten sich durch enormen Hunger aus und nahmen an Körpergewicht zu — zwischen 2—10 Pfd. Entsprechend besserte sich das subjective Befinden. Der objective Lungenbefund hatte sich in einigen Fällen auch gebessert, indem die Dämpfungen geringer wurden und die Rasselgeräusche abnahmen; die Bacillen waren in keinem Falle geschwunden. Von den 4 mit negativem Erfolge Behandelten zeigten 3 die Zeichen stark vorgeschrittener Phthise. Bei einem dieser Kranken war heftige Diarrhoe vorhanden, welche auch bei dem 4. ohne Erfolg Behandelten bestand. Gleichzeitige Darmerkrankung scheint Contraindication zu sein, in diesen beiden Fällen stellten sich vermehrte Schmerzen und Ausleerungen ein, die zum Aussetzen der Cur zwangen. Künstliches H_2S-Wasser war nicht anwendbar, die Kranken fühlten dann anstatt Erleichterung Belästigung und Spannung. Auch fehlte dann der H_2S-Geschmack bei Hustenstössen.

Somit darf man die Bergeon'sche Methode wohl als ein neues werthvolles symptomatisches Mittel betrachten.

Max Schmidt.

F. Ahlfeld: Die Tamponade bei Placenta praevia. (D. med. W. 1887. № 33).

Dem Verf. ist es mehrfach vorgekommen, dass er bei Consultationen oder bei Einbringung von Kranken in die Klinik sich davon überzeugt hat, dass die Tamponade unzweckmässig vorgenommen wurde. Die Wattekugeln, welche die Hebammen vorschriftsmässig bei sich führen müssen, und welche oft Jahre lang liegen, bevor sie angewandt werden, sind nicht ungefährlich, und proponirt Ahlfeld daher, an Stelle derselben einige grosse Tampons aus Jodoformgaze mit langem Faden, in Pergamentpapier eingeschlagen, und ein Päckchen Carbolwatte vorzuschreiben. Die Tamponade muss dann ohne Speculum vorgenommen werden, weil sonst die Menge der Tampons zu gering sein würde. Zuerst Ausspülung der Scheide mit 3% Carbollösung, dann Entleerung der Blase, und darauf wird der Jodoformtampon tief eingeführt, nachdem die Carbolwatte vorher auf einem reinen Handtuch in einer Menge einzelner Stücke zurechtgelegt ist. Die eine Hand spreizt den Scheideneingang auseinander, die andere schiebt ein trockenes Wattestück nach dem anderen schnell hinein, bis die ganze Scheide gefüllt ist. Nach 6—8 Stunden wird der Tampon entfernt, die Scheide wird gereinigt, und eventuell von Neuem tamponirt.

Max Schmidt.

Stukowenkow: 3 Fälle von Rhinosklerom. (Med. Obsr. 20).

Aus dem recht weitläufig verfassten Artikel, dem eine, beiläufig gesagt, ziemlich undeutliche Photographie beigegeben ist, sei nur das Hauptsächlichste hervorgehoben. Die 3 Fälle betrafen eine 36-jährige Frau und 2 Männer, beide 39 Jahre alt. Der erste Fall zeichnete sich darin aus, dass er längere Zeit, ohne erkannt zu werden, erfolglos antisyphilitisch behandelt worden war, der zweite durch seine Neigung zu regressiven Veränderungen und die erfolgreiche Therapie, der dritte endlich dadurch, dass die charakteristische Verhärtung ohne Knotenbildung, diffus auftrat. Zum Schlusse formulirt Prof. Stukowenkow seine Erfahrungen über Rhinosklerom folgendermassen:

Das Rhinosklerom entwickelt sich entweder unter Ablagerung specifischer Knoten oder als diffuse Verhärtung des Gewebes; in letzterem Falle bleiben Färbung und Umrisse des Gewebes unverändert und bildet diese diffuse Sklerosirung wahrscheinlicher Weise ein frühes Stadium der Krankheit.

Die beim Rhinosklerom gesetzten Gewebsveränderungen sind unbeständig und können ziemlich rasch zerfallen und dadurch einen Defect an den ergriffenen Stellen bilden.

Die erfolgreichste Behandlung besteht in parenchymatösen Injectionen 1% wässeriger Carbolsäurelösung, deren Wirkung rein local bleibt und sich nicht auf die Nachbartheile verbreitet. Hz.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 27. October 1887.

(Schluss).

5. Dr. Kernig theilt die Krankengeschichte und den Sectionsbefund «eines Falles von Nebennieren- und Leberkrebs» mit und legt das betreffende Präparat vor.

Ende Juli a. c. wandte sich ein Herr von 50 Jahren an ihn, den er bereits vor 4 und vor 2 Jahren je ein Mal untersucht hatte. Derselbe hatte, wie viele fettleibige Personen, ein recht grosses Herz, ausserdem eine vergrösserte Leber und vergrösserte Milz. Seit ca. 15 Jahren brauchte er wegen Verdauungsstörungen alljährlich eine Cur in Kissingen, wo er auch zu Beginn dieses Sommers gewesen war. Ende Juli bestand seine Hauptklage in aussetzendem Puls. Ausserdem fühlte er ein allgemeines Unwohlsein, dessen Grund ihm nicht klar war. Auch fand die Umgebung, dass sich sein Aussehen verändert habe.

Objectiv fand K. damals ausser den obengenannten Erscheinungen nichts. Er liess nun, nachdem er die Behandlung des Kranken zusammen mit Dr. Trinkler übernommen hatte, regelmässige Temperaturmessungen vornehmen, die subfebrile Temperaturen ergaben. Nachdem eine Woche lang subfebrile Temperaturen ohne ersichtlichen Grund constatirt worden waren, trat plötzlich am 11. August unter höherem Fieber eine rechtsseitige Pleuritis ein, die ein geringes, kaum bis an den Angulus scapulae reichendes Exsudat setzte. Mehrere Tage nach Beginn der Pleuritis gesellte sich eine Periostitis der 9. rechten Rippe hinzu, die in der Ausdehnung zwischen Axillar- und Scapularlinie sehr empfindlich und verdickt erschien, gleichzeitig circumscriptes Oedem der Weichtheile an dieser Stelle. Die Periostitis ging unter Jod und Eis, das der Pleuritis wegen angewandt wurde, in 14 Tagen zurück. Am 4. September machte K. eine Probepunction, bei welcher er klares, wohl nur zufällig von einer Spur Blut tingirtes Serum erhielt. Bis Mitte September resorbirte sich das pleuritische Exsudat völlig, aber das Fieber, welches zu Anfang der Pleuritis bis 38,8 angestiegen war, dann sich gleichmässig auf ca. 37,0 Morgens und 38,0 bis 38,3 Abends gehalten hatte, dauerte unverändert fort. Während dieser Pleuritis reichte die Leber bis 2 Fingerbreit unter den Rippenrand, der Rand deutlich glatt und weich durchzufühlen. Die Milz vielleicht etwas grösser wie früher. Das Intermittiren des Pulses geschwunden.

Mittlerweile war eruirt worden, dass Pat. schon Anfang Juni in Kissingen für einige Tage lebhafte Schmerzen längs des rechten Rippenrandes verspürt hatte. Diese Schmerzen waren auf Ruhe und Schröpfköpfe geschwunden. Ausserdem gab Pat. noch vor Beginn der Pleuritis, aber auch während derselben und später im ganzen weiteren Verlauf der Krankheit an, einen nicht starken Schmerz spontan und bei Druck zu empfinden, der zwischen Leberrand und Coecum localisirt wurde. Nie konnte eine palpable Ursache für diesen so auffallend constanten, wenn auch nicht starken Schmerz eruirt werden.

Trotzdem, dass nun die Pleuritissymptome geschwunden waren, dauerte das Fieber gleichmässig fort, vielleicht sogar etwas verstärkt, Morgens um 37,0, Abends bis 38,2—38,6. Dr. K. dachte nun an die Möglichkeit eines subphrenischen Abscesses oder einer Neubildung, die zu secundärer Pleuritis geführt hätten. Namentlich musste K. an die Fälle von subphrenischen Abscessen denken, über die Prof. Monastyrski im vergangenen Jahre hier im Verein berichtet, von denen der eine zeitweilig auch von Dr. K. beobachtet worden war und sehr an den vorliegenden Fall erinnerte. Auch hier stand, wie in jenem Fall von subphrenischem Abscess, der untere Leberrand 2 Fingerbreit unter dem Rippenrand und war glatt durchzufühlen, während der obere Rand der nach Resorption des Pleuraexsudats noch auffallend breiten Leberdämpfung sich vorn an der 4. Rippe befand und hinten etwas niedriger als vorne stand. Die ganze obere Lebergrenze war sowohl hier wie dort etwas bei der Respiration beweglich und verschob sich dabei um 1 Ctm.

Am 19. September machte Dr. Tiling eine Punction, die durch das Zwerchfell ging. Dieselbe ergab nur einige Tropfen Blut, verursachte aber sehr lebhafte ca. 1 Woche andauernde Schmerzen. Interessant war, dass im Moment der Punction ein lebhafter Schmerz in der rechten Schulter empfunden wurde, der auch eine Woche anhielt. Das Fieber dauerte nach dieser Punction immer in der früheren Weise fort; es kamen Ende September, Anfang October höhere Steigerungen bis 38,8 vor.

Ende September trat eine Anaesthesie der äusseren Seite des rechten Oberschenkels auf (dem Nervus cutan. femor. ext. entsprechend), die wohl für eine Affection, die auch den Lumbalplexus treffe, sprechen konnte. Jedoch erst in der letzten Zeit der Krankheit erschien die rechte Lumbalgegend etwas voller als links.

Gegen Mitte October zeigten sich Oedeme, die zu allgemeinem

Hydrops mit Ascites führten, sehr auffallend war namentlich eine diffuse ödematöse Infiltration der Intercostalmuskeln rechts. Icterus war weder jetzt noch früher eingetreten. — Die Diagnose blieb schwankend zwischen einem tiefsitzenden (subphrenischen) Eiterherd und Neubildung, deren Sitz aber nicht genau zu präcisiren war. Ersteres wurde als das immerhin Wahrscheinlichere betrachtet.

Da die Kräfte des Pat. bei dem fortdauernden Fieber zusehends abnahmen, sah man sich endlich zum operativen Eingreifen gezwungen, als letzte Chance, die man dem Kranken bieten konnte für den Fall, dass man auf einen Eiterherd stiesse. Dr. Reyher, der hinzugezogen worden war, resecirte am 23. October die 9. Rippe und ging durch's Zwerchfell, nachdem der Complementärraum eröffnet, und nun bot sich dem Auge ein deutlicher Krebsknoten der Leber dar. Die Wunde wurde tamponirt. Pat., dessen Allgemeinbefinden schon vor der Operation desolat gewesen, starb 3 Mal 24 Stunden nach derselben.

Die Section wurde 13 Stunden nach dem Tode von Herrn Dr. de la Croix gemacht, dessen Sectionsprotocoll folgendermaassen lautet:

Leiche eines gut gebauten, pastösen Mannes von schmutzig-gelblicher Hautfärbung. Todtenstarre. Reichliche Todtenflecke. Ueber dem rechten Trochanter ein Decubitus. Schenkelödem. Die Hautdecken bilden eine dicke Fettschicht, so namentlich über dem Unterleibe, wo nur Spuren der Musculatur nachweisbar sind. In der Unterleibshöhle 6 Pfd. schmutzig-gelblichen serösen Transsudates mit reichlicher Beimischung eines schmutzig braunschwarzen, kaffeesatzähnlichen, von zersetztem Blute herrührenden Bodensatzes in den abhängigen Partien der Bauchhöhle. Linke Lunge durchweg leicht verwachsen. Rechte Lunge frei, mässig retrahirt, Pleurahöhle leer. In dieselbe führt eine durch Resection der 9. rechten Rippe entstandene perforirende, circa 12. Ctm. lange Operationswunde, der gegenüber sich eine zweite Wunde im Diaphragma befindet, die direct auf die im Uebrigen freie Oberfläche der Leber führt, und deren Ränder mit der letzteren frisch verklebt sind. Pleura der rechten Lunge ziemlich leicht ecchymosirt, jedoch durchweg glänzend. Lungen ödematös. Herzbeutel leer. Herz vergrössert. Linker Ventrikel mässig dilatirt. Peri-, Endocardium und Klappen normal. Atheromatosis der Aorta mit wenig zahlreichen verkalkten Partien und wenigen Exulcerationen. Herzmuskel schlaff, von blassbräunlicher Färbung.

Das Netz bildet eine über fingerdicke, die Eingeweide des Unterleibes bis tief in's kleine Becken hinein überdeckende Fettschicht. Desgleichen das Mesenterium hochgradig fettig infiltrirt. Das Bauchfell in Folge der vorausgegangenen Spannung faltenreich, jedoch spiegelnd. Milz beträchtlich vergrössert, von rothbrauner Färbung, ziemlich weicher Consistenz. Beide Nieren wenig vergrössert, Capseln leicht trennbar; Oberflächen glatt, von gewöhnlicher Färbung, wie auch die nicht verbreiterte Corticalis. Pyramiden durch Stauung dunkler, blutreicher. Die Nieren sitzen in einer sehr dicken Fettcapsel. An der oberen Spitze der rechten Niere und einwärts von derselben gelegen findet sich an Stelle der nicht nachweisbaren Nebenniere eine rundliche, circa 7 Ctm. im Durchmesser haltende sehr weiche Geschwulst von blassgelbröthlicher Färbung auf dem Durchschnitt, mit einigen stark erweichten, fast matschen Partien im Innern. Dieselbe ist in breiter Ausdehnung mit der unteren Fläche der stark vergrösserten Leber ungefähr in der Mitte zwischen Gallenblase und rechtem Leberrande verwachsen. Von hier aus breitet sich dieselbe weiche Geschwulstwucherung nach oben und den Seiten im Parenchym des rechten Leberlappens aus, dasselbe zum grossen Theil einnehmend. Ausserdem fanden sich im Leberinneren und auch vereinzelt an der convexen Leberoberfläche ziemlich zahlreiche, ähnlich gefärbte, recht weiche Krebsknoten von Haselnuss- bis Wallnussgrösse und darüber, während der vordere Leberrand von denselben frei ist. Das restirende Lebergewebe deutlich, aber nicht hochgradig cirrhotisch. Ductus choledochus, cysticus und hepaticus werden aufgeschnitten und erweisen sich frei, desgleichen die ziemlich zusammengezogene Gallenblase, die eine dünne, seröse Galle enthält. Der Magen hochgradig dilatirt, Falten vollständig verschwunden, Schleimhaut hellgrau gefärbt mit mässiger Schwellung der Drüsenausführungsgänge (Gastritis glandularis). Sowohl Magen als Duodenum und Pancreas frei von Krebswucherung, desgleichen die Retroperitonäaldrüsen nicht geschwellt. Im Darm nichts Besonderes.

Die Geschwulst zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung in einem äusserst feinen, gefässreichen Reticulum grosse rundliche Alveolen mit zahlreichen, unregelmässig gelagerten Zellen erfüllt. Zieht man die weiche hirnmarkähnliche Consistenz derselben, das rasche Wachsthum, sowie die zahlreichen Metastasen in der Leber in Betracht, so muss man dieselbe als Carcinoma medullare bezeichnen. Reste von normalem Nebennierengewebe liessen sich in der Geschwulst nicht nachweisen.

Dr. Kernig hebt bei der Demonstration des Präparates hervor, welche grossen Schwierigkeiten der Diagnose in diesem Falle entgegengestanden hätten. Die ganz unverfängliche Beschaffenheit des fühlbaren Leberrandes und das beständige, durch fast drei Monate gleichmässig andauernde Fieber liessen im Verein mit der auffallend breiten Leberdämpfung immer wieder an eine subphrenische Eiteransammlung denken. Das pathologische und klinische Interesse des Falles aber liegt einmal darin, dass hier ein offenbar primärer Nebennierenkrebs vorhanden war, eine Affection, die doch ausserordentlich selten ist, und zweitens in dem Umstande, dass der Krebs hier von Anfang bis zu Ende ohne jede Complication mit einer Eiterung, unter beständigem Fieber verlaufen ist. Letztere Erfahrung ist ja auch schon anderweitig gemacht worden, aber bildet immerhin die grosse Ausnahme für den klinischen Verlauf von Krebsaffectionen überhaupt. Irgend eine Hautfärbung hat Pat. während des Lebens nicht bemerken lassen, wie in Hinsicht auf die afficirte Nebenniere bemerkt sein mag.

6. Prof. Bidder demonstrirt ein Ovulum von der Grösse eines Hühnereies, das einen dem äusseren Ansehen nach ca. *5—6wöchentlichen* wohlerhaltenen *Embryo* enthält. Dieses Ovulum ist *ausgestossen worden am normalen Geburtstermin*. Die etwa 30 Jahr alte Mutter, die vor 2 Jahren im 6. Schwangerschaftsmonat eine macerirte Frucht geboren hat, ist Ende December 1886 zum letzten Mal menstruirt gewesen; ohne Störung verliefen Januar und Februar und die Untersuchung ergab die entsprechenden Schwangerschaftsveränderungen; im März einige Mal leichte Blutungen und Stillstand in der Vergrösserung des Uterus. Der erwartete Abort trat aber nicht ein, die Dame erholte sich ausgezeichnet, fühlte sich vollkommen wohl, bis am 22. Oct., nach einigen vorbereitenden geringen Blutverlusten, unter kräftigen Weben das beschriebene Ei unverletzt geboren wurde. Eine genauere Untersuchung des seltenen Falles und Präparates steht in Aussicht.

7. Dr. Petersen spricht über das «angebliche Canadol», welches sich als Petroleumäther entpuppt hat. (Die Mittheilung ist im «Wratsch» gedruckt).

8. Dr. phil. Biel berichtet ebenfalls über ein Präparat «Creolin», welches sich als die bekannte Jeyes'sche Flüssigkeit erwiesen hat und nun unter dem neuen Namen in den Handel gebracht wird, wobei aber die Flaschen den Stempel der bekannten Fabrik tragen. Es ist aber nichts weiter, als ein Rückstand der Carboldestillation.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Der hiesige Verein russischer Aerzte hat in seiner Sitzung am 4. Februar auf Vorschlag seines Präsidenten, Prof. Botkin, einstimmig beschlossen, Dr. Dreypölcher in Anlass des über ihn verhängten harten gerichtlichen Urtheils seine Theilnahme auszusprechen.

— In den Sitzungen unserer Stadtduma stand in der vorigen Woche unter Anderem die *Berathung über die Ausgaben für das städtische Medicinalwesen pro 1888* auf der Tagesordnung. Zunächst gab ein Posten von 13,000 R., welcher für die Einrichtung von ausseretatmässigen Krankenbetten in den Stadthospitälern von der Hospitalcommission gefordert wurde, zu längerer Debatte Anlass. Der Präses der städtischen Finanzcommission, P. Durnowo (welcher zugleich der städtischen Sanitätscommission präsidirt!) verlangte die Streichung dieses Postens. Die Nothwendigkeit dieses Credits wurde dagegen von dem Präses der Hospitalcommission, Ratkow-Roshnow scharf vertheidigt, indem er bewies, dass von einer Einschränkung des Hospitalbudgets nicht die Rede sein könne zu einer Zeit, wo der Zudrang zu den städtischen Hospitälern mit jedem Tage wächst, so dass diese Hospitäler täglich die Zahl ihrer Betten vergrössern müssen und die Hospitalcommission sich wohl bald wegen Mangel an Betten in den Stadthospitälern an das Kriegsministerium mit der Bitte werde wenden müssen, etwaige freie Betten in den Militärhospitälern für die aus den Stadthospitälern abgewiesenen Kranken anzuweisen. Auf diese Gründe Ratkow-Roshnow's entgegnete Durnowo nur, dass die Zunahme der Kranken im ersten Monate des Jahres noch nicht eine bedeutende Abnahme der Kranken in den nächstfolgenden Monaten ausschliesse.

Den Ausschlag in dieser Debatte gaben aber die sonderbaren Erklärungen des Stadthauptes Lichatschew, welche die Aerzte der Stadthospitäler eigenthümlich berühren müssen. Das schnelle Wachsen der Zahl der täglichen Krankenaufnahmen in den Stadthospitälern, meinte L., sei hauptsächlich durch die Panique zu erklären, welche sich des aerztlichen Personals nach der Verurtheilung des Ordinators des Obuchowhospitals [1]) bemächtigt habe. Aus Furcht, zur Verantwortung gezogen zu werden, nehmen die Aerzte jetzt häufig auch solche Patienten auf, welche absolut keiner Hospitalbehandlung bedürfen. Dieser panische Schreck müsse über kurz oder lang schwinden und dann werde die Krankenzahl wieder die Norm erreichen, zumal gegenwärtig keine Ursachen vorhanden seien, welche eine Zunahme der Erkrankungen bewirken könnten.

Nach diesem Verhalten des Stadthauptes zu der Frage kann man sich nicht wundern, dass die Deputirtenversammlung den Posten einfach strich und somit die löbliche Absicht der Hospitalcommission, die Stadthospitäler für den Fall von Epidemien leistungsfähig zu machen, zu Wasser wurde.

Glücklicher erging es den anderen Budgetposten für das städtische Medicinalwesen. So wurden für die städtischen Ambulatorien 36,000 Rbl. bewilligt, nachdem Ratkow-Roshnow und Semewski für dieselben eingetreten waren, und zuletzt das Stadthaupt Lichatschew noch angeführt hatte, dass im J. 1887 in diesen Ambulanzen 68,705 Personen, welche dieselben 174,382 Mal besucht haben, ärztlicher Rath ertheilt worden sei, während das Jahr 1886 nur 17,211 ambulatorische Kranke mit 57,749 Besuchen auf-

[1]) L. verwechselt wieder den Ordinator des Obuchowhospitals mit dem Arzt des Erkundigungsbüreaus.



weise. Der Vorsitzende der Finanzcommission, Durnowo, der auch in diesem Falle anfangs gegen die Bewilligung der geforderten Summe war, gab später nach, benutzte aber auch sogleich die günstige Stimmung der Deputirten, um in seiner Eigenschaft als Präses der Sanitätscommission auch eine Erhöhung der für die Dumaärzte angewiesenen Summe zu erlangen. Und in der That erwiesen sich die Dumadeputirten in diesem Falle noch viel freigebiger, indem sie statt der im Voranschlage geforderten 36,000 sogar 54,000 Rbl. für den Unterhalt der Dumaärzte bewilligten. Bf.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 7. Februar d. J. 6579 (54 weniger als in der Vorwoche), darunter 610 Typhus- (28 weniger), 856 Syphilis- (28 weniger), 64 Scharlach- (3 weniger), 6 Pocken- (2 weniger als in der Vorwoche) und 29 Diphtheriekranke.

— Am 7. Februar wurde von den hiesigen weiblichen Aerzten im Restaurant *Poncet* ein Festessen veranstaltet in Anlass der Vollendung eines Decenniums seit der ersten Entlassung der weiblichen Aerzte, welche den Cursus an den jetzt aufgehobenen weiblichen medicinischen Cursen beim Nikolai-Militärhospital absolvirt hatten. Viele Docenten und Gönner der früheren weiblichen ärztlichen Curse nahmen an der Feier Theil. Wie man erwarten konnte, ist bei dieser Gelegenheit so manches überschwängliche Wort geredet worden.

— In einer vor Kurzem stattgehabten Sitzung der *zweiten Kammer des Sächsischen Landtages in Dresden* richtete bei der Berathung der Cultusetats der Abgeordnete *v. Vollmar an die Regierung die Frage, ob dieselbe gewillt sei, die Landesuniversität Leipzig auch dem Frauenstudium zu öffnen* (Gelächter). Denn überall in der civilisirten Welt habe das Frauenstudium mehr und mehr Eingang gefunden, auch der preussische Minister habe seine Bereitwilligkeit erklärt, zur wissenschaftlichen Ausbildung der Frauen die Hand reichen zu wollen. Der *Cultusminister* Dr. von Gerber gab hierauf die Erklärung ab, dass bezüglich des Studiums der Frauen auf den Universitäten die Regierung auf dem Standpunct stehe und auf demselben stehen bleiben werde, dass *Frauen nicht zum Besuch der Universität zugelassen werden* (Rufe: Sehr richtig!). Dies sei die Anschauung, die im gesammten deutschen Volke über die Stellung der Frauen herrsche.

(Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— Wie der „Russ. Med." mitgetheilt wird, hat der Redacteur und Herausgeber der Zeitschrift „Die Landschafts-Medicin" W. W. Korssakow, welcher zugleich Eisenbahnarzt der Nishni-Nowgoroder Eisenbahn ist, 2 Revolverschüsse auf den Betriebschef der Bahn, Ingenieur Bolesta, welcher den jungen Arzt bis zum Affect gereizt hatte, abgefeuert. Der Angegriffene hat übrigens officiell die Erklärung abgegeben, dass er durch sein Benehmen den Arzt zu solch' einem Schritt veranlasst habe und dass er jegliche Klage wider denselben fallen lasse. Die Obrigkeit hat jedoch die Arretirung und Amtsentfernung des Arztes angeordnet, wahrscheinlich wohl aus dem Grunde, weil Korssakow Selbstmordversuche machte, indem er sich zu vergiften und zu erschiessen versuchte.

— Dem Oberarzt der 24. Artilleriebrigade, Dr. Rudolf Zöpfel, wurde am 26. Januar bei seinem Scheiden aus Gatschino und zwar in Folge der Versetzung der Brigade nach Finnland, Beweise schmeichelhafter Anerkennung seiner Eigenschaften als Arzt und Mensch zu Theil. Seine Patienten, sowie seine Collegen überreichten ihm Ehrengeschenke und veranstalteten im Verein mit den Officieren der Brigade ihm zu Ehren ein Abschiedsdiner.

— Während der Abwesenheit Prof. v. Bergmann's, der bekanntlich in San-Remo beim deutschen Kronprinzen weilt, ist der Privatdocent Dr. Fehleisen mit der Leitung der Berliner chirurgischen Klinik betraut worden.

— Dem ersten Assistenten Prof. v. Bergmann's, Dr. Bramann, welcher mit grossem Geschick die Tracheotomie an dem deutschen Kronprinzen ausführte, ist das Comthurkreuz des Hohenzollernschen Hausordens verliehen worden.

— *Befördert*: *Zum Geheimrath*: Der Oberarzt des Wilnaschen Militärhospitals, Dr. Stackmann, unter gleichzeitiger Verabschiedung auf seine Bitte. *Zum wirkl. Staatsrath*: der Divisionsarzt der 22. Infanteriedivision, Staatsrath Schadkowski.

— *Ernannt*: Der ältere Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Staatsrath Dr. Berthenson — *zum ausseretatmässigen Consultanten* für interne Krankheiten an dem genannten Hospital; der Oberarzt der Verwaltung des Bezirksatamans des Donez-Gebietes, Collegienrath Dr. Ssergejew — zum Chef und Inspector der Militär-Feldscheerschule in Nowotscherkask.

— *Verstorben*: 1) In St. Petersburg der Arzt des Krankenhauses in Nishne-Tagilsk (Gouv. Perm), Dr. P. Rudanowski, im 57. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat sich durch seine histologischen Arbeiten über das Nervensystem einen Namen gemacht; ausserdem stammen von ihm eine ganze Reihe von Artikeln in den verschiedensten russischen medicinischen Zeitschriften. Die Universität Kasan, an welcher er seine erste medicinische Ausbildung erhalten hat, verlieh ihm vor ca. 10 Jahren in Anbetracht seiner Verdienste um die med. Wissenschaft die Doctorwürde. Auch als praktischer Arzt, Chirurg und Augenarzt, erfreute er sich eines ausgezeichneten Rufes weit über die Grenzen des Gouvernements Perm hinaus. 2) In Tiflis der frühere Inspector der dortigen Medicinalverwaltung, Dr. A. Joannissiani, im 66. Lebensjahre. 3) In Plonsk (Gouv. Plozk) der dortige freipraktiCirende Arzt Endrshejewitsch, 52 J. alt. Der Verstorbene beschäftigte sich in seinen Mussestunden mit der Astronomie, welche ihm mehrere beachtenswerthe Arbeiten verdankt. 5) Am 10. Februar n. St. in Leipzig der berühmte Kliniker und Patholog Prof. Dr. Ernst Wagner, Director der Leipziger medicinischen Klinik, an einer acuten Nephritis im 60. Lebensjahre. Nach Absolvirung seiner medicinischen Studien an den Universitäten Leipzig, Prag und Wien, habilitirte sich Wagner i. J. 1854 in Leipzig, wo er bald darauf zum Professor der pathologischen Anatomie und Director der Poliklinik ernannt wurde. Nach dem Tode Wunderlich's (1877) übernahm er die Leitung der dortigen medicinischen Klinik. Sein Hauptwerk ist das mit Uhle gemeinschaftlich verfasste «*Handbuch der allgemeinen Pathologie*», von dem bereits 7 Auflagen erschienen sind. Von 1860—1878 redigirte W. auch das „*Archiv der Heilkunde*".

— Das *Capital des russischen „rothen Kreuzes"* betrug bei der am 1. Februar d. J. stattgehabten Revision der Casse der Hauptverwaltung 2,460,691 Rbl. S.

— Die Stadtverwaltung von Nishni-Nowgorod hat neuerdings den Posten eines städtischen Sanitätsarztes mit dem Gehalte von 2400 R. jährlich creirt und auf denselben den Arzt Paul Rosanow, einen Schüler Prof. Erismanns in Moskau, berufen.

— In diesem Jahre findet bei der Academie der Wissenschaften die Zuerkennung der von *Rklizki gestifteten Prämie im Betrage von 540 Rbl.* für die beste Arbeit auf dem Gebiet der anatomisch-mikroskopischen Erforschung des Central-Nervensystems mit physiologischer und praktischer Verwerthung der Resultate statt. An der Bewerbung um die Prämie können theilnehmen sowohl bereits im Druck während der letzten 4 Jahre erschienene Arbeiten, die in russischer, französischer, deutscher, englischer oder lateinischer Sprache abgefasst sind, als auch Arbeiten im Manuscript. Letztere, die ebenfalls in einer der obengenannten Sprachen abgefasst sein können, dürfen nur von russischen Unterthanen, die ihren beständigen Wohnsitz in Russland haben, zum Concourse vorgestellt werden. Die Concursarbeiten müssen bis zum 1. Juni d. J. bei der Academie der Wissenschaften eingereicht werden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 31. Jan. bis 6. Febr. 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
374	286	660	143	61	76	14	12	17	82	53	59	45	52	35	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd, 22, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 15, Scharlach 8, Diphtherie 16, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie u. Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 119, Tuberculose anderer Organe 9, Alcoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 38, Krankheiten des Verdauungscanals 90, Todtgeborene 35.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London .	4 282 921	22.—28. Januar	2715	33,2	—	1816	22,1
Paris . . .	2 260 945	22.—28. Januar	1129	25,9	85	1153	26,5
Brüssel . .	177 568	15.—21. Januar	89	26,0	6	77	22,5
Stockholm .	216 807	15.—21. Januar	137	32,8	7	111	26,6
Kopenhagen	290 000	25.—31. Januar	217	38,9	10	130	23,3
Berlin . . .	1 414 980	22.—28. Januar	942	34,6	42	545	20,0
Wien . . .	800 836	22.—28. Januar	494	34,0	29	393	25,5
Pest . . .	442 787	15.—21. Januar	393	39,8	25	296	34,8
Warschau .	439 174	15.—21. Januar	270	31,7	19	188	22,3
Odessa . . .	268 000	22.—28. Januar	—	—	7	139	27,0
St. Petersburg	**861 303**	**29. Jan.—4. Febr.**	**574**	**34,6**	**26**	**592**	**35,2**

Berichtigung. In № 6 pag. 51, Spalte 1, Zeile 8 von unten muss es heissen: «schweren Prolapses» statt «schwerer Paralyse».

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. Februar 1888.

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März 1888.





Дозв. ценз. Спб. 12 Февраля 1888 г. Herausgeber Dr. L. v. Holst. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. L. v. HOLST, St. Petersburg. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 8. St. Petersburg, 20. Februar (3. März) 1888.

Medicinische Beobachtungen in Nord-Sibirien.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft der Marine-Aerzte).

Von

Dr. Alexander Bunge.

(Schluss.)

Von anderen, besonders in die Augen fallenden Krankheiten sind vor allen die Augen- und Hautkrankheiten zu erwähnen. Sehr häufig begegnet man Blinden oder Halbblinden und die Ursache der Blindheit ist, soweit ich das eruiren konnte, stets ein und dieselbe: Entzündung der Bindehaut (*Conjunctivitis catarrhalis*); die Ursache dieser letzteren ist in verschiedenen Lebensbedingungen zu suchen. Unter diesen ist zunächst der rasche Uebergang von der Dunkelheit des Winters zum hellen Lichte des Frühlings zu erwähnen; ferner die heftigen kalten Winde, welche, wie ich es selbst erfahren habe, die Augen stark reizen; endlich der Aufenthalt in rauchigen Wohnungen und die Unsauberkeit. Alle diese Ursachen zusammen rufen eine Entzündung hervor, die, bei Ermangelung jedweder Behandlung und bei der Unmöglichkeit die erwähnten Schädlichkeiten zu vermeiden, immer mehr und mehr zunimmt. Bald kommen Keratitis, meist ulceröser Natur, Iridochoroiditis und Retinitis dazu und der Process endet mit Bildung partiellen oder totalen Leucoms oder mit Atrophie des Bulbus; noch gut, wenn das andere Auge nicht gleichzeitig erkrankt. Im Beginn der Krankheit, bevor die Entzündung einen bedeutenden Grad erreicht hat, wirkt eine Lösung von Atropin mit Zink. sulf. vorzüglich und Dank diesem Mittel erzielte ich sehr gute Resultate. Nachdem die Eingeborenen die Wirkung desselben kennen gelernt hatten, wandten sie sich oft sogar aus weiter Ferne an mich um Hülfe und ich versandte die Lösung zu ganzen Flaschen — für die ganze Bevölkerung — bisweilen einige tausend Werst weit und hörte oft erst einige Jahre später von der vorzüglichen Wirkung des verabfolgten Mittels.

Das *Trachom* habe ich nur ein Mal an der Lenamündung beobachtet; leider musste ich den Kranken verlassen, bevor die Behandlung zu Ende war, doch hinterliess ich ihm einige Mittel zur Fortsetzung derselben.

Von den Hautkrankheiten ist der *Favus* am häufigsten und man sieht daher sehr oft ganz junge Leute, die schon kahlköpfig sind und nur noch einige Büschel grauer Haare besitzen, oder ihr Kopf ist noch ganz bedeckt mit gelben Borken. Diese Krankheit wird gewöhnlich vom Vater auf den Sohn durch die Mütze übertragen.

Weit seltener beobachtete ich *Eczem* und endlich *Scabies*. Sehr häufig sah ich alle Formen von *Rheumatismus*, vom leichten Muskelrheumatismus an bis zum acuten Gelenkrheumatismus mit Herzaffection, und *Rheumarthritis deformans*. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Ursachen des Rheumatismus hier in den ungünstigen klimatischen Verhältnissen zu suchen sind.

Dem gleichen Einfluss sind die verschiedenartigen *Neuralgien* zuzuschreiben.

Noch auf eine Krankheit, die man häufig sieht und deren Ursache man in örtlichen Verhältnissen zu suchen hat, möchte ich Ihre Aufmerksamkeit lenken, nämlich den *Magencatarrh*. An der Mündung der Jana nähren sich die Bewohner grösstentheils von einem kleinen Fisch aus der Gattung der Coregonen (C. albula L.?), den sie im Herbst in ungeheuren Mengen zuweilen zu 10 Tausenden mit einem Mal mit Netzen fangen. Dieser Fisch wird bis zum Winter in der gefrorenen Erde in Gruben aufbewahrt, in denen er in einen mässigen Grad von Fäulniss übergeht. Beim Kochen dieses Fisches verbreitet sich ein so abscheulicher Gestank, dass es schwer fällt in eine Jurte einzutreten, wo das Mittagessen gekocht wird. Ich glaube, dass der häufige Genuss dieser faulen Nahrung die Ursache der zahlreichen Magencatarrhe bildet. Die dortigen Einwohner aber versichern, dass dieses die einzige Art wäre, um die gleichförmige Nahrung zu ertragen, da ihnen jede andere Form derselben zum Ueberdruss werde. Alle Bemühungen der Regierung sie zum Salzen oder Räuchern des Fisches anzuhalten, blieben bisher vollkommen ohne Erfolg. Es ist Ihnen nur zu wohl bekannt, wie schwierig die Behandlung des chronischen Magencatarrhs selbst unter günstigen Verhältnissen ist, wie viel mehr dort, wo Sie nicht die Möglichkeit haben eine passende Diät vorzuschlagen. Uebrigens war ich so glücklich in dem Chinin ein vortrefflich wirkendes Mittel zu finden. Bei Verabreichung kleiner Dosen, circa ½ Gran, eine halbe Stunde vor der Mahlzeit besserten sich

die Kranken bereits nach $1^1/_2$ bis 2 Wochen bedeutend. Ihr Allgemeinbefinden wurde zusehends besser, die bisher bleichen Gesichter bekamen Farbe, Appetit trat auf und die Leute versicherten, dass ihre Kräfte sich bedeutend gehoben hätten; für den besten Beweis der vorzüglichen Wirkung halte ich aber die stete Vergrösserung der Zahl der Eingeborenen, die sich an mich mit der Bitte um Chinin wandten.

Ich halte es nicht für überflüssig mitzutheilen, dass der *Scorbut* im Norden sowohl unter den Eingeborenen, als den dortigen Russen eine vollkommen unbekannte Krankheit ist; es leiden an demselben nur aus dem Süden Angereiste, sowohl Russen, wie auch — obgleich selten — Jakuten. Es kamen sogar Erkrankungen mit tödtlichem Ausgange vor. Ich beabsichtige über dieses Thema ein anderes Mal genauere Mittheilungen zu machen, da es nicht zum Gegenstande meines heutigen Vortrages, den im Norden endemischen Krankheiten, gehört.

Erwähnen muss ich noch eine Krankheit, die ich nur ein Mal im Hospital zu Jakutsk flüchtig zu sehen Gelegenheit hatte, obgleich sie im Jakutsker Gebiet recht stark verbreitet ist; ich meine die *Lepra*. Im Norden ist sie vollkommen unbekannt. Interessant ist es, dass die Jakuten diese Krankheit mehr als alle übrigen fürchten und die Kranken in besonderen Hütten tief im Walde isoliren, wo dieselben nur aufgesucht werden behufs Verabreichung der nothwendigsten Nahrungsmittel; ich sage interessant, weil auch hier wieder der Volksinstinct richtiger als die Wissenschaft die Infectiosität der Krankheit erkannt hat. Als ich noch in Dorpat studirte (1873), war unser Professor der Chirurgie E. v. Bergmann, jetzt in Berlin, der sich lebhaft für diese Krankheit interessirte, so sehr davon überzeugt, dass sie nicht infectiös sei, dass er einen Leprösen, um ihn besser beobachten zu können, als Aufseher seiner Kinder zu sich in's Haus nahm. Derselben Meinung waren damals auch alle anderen Autoritäten; bei meiner Rückkehr aus Sibirien war ich daher nicht wenig erstaunt zu erfahren, dass sich die Ansicht über die Infectiosität der Lepra vollständig geändert habe.

Aus der Zahl der Brustkrankheiten trifft man den *chronischen Bronchialcatarrh* sehr häufig; verweilt man in einem Gebäude, wo eine grössere Anzahl von Leuten versammelt ist, so giebt einem das beständige Husten einen Begriff von der Verbreitung dieser Krankheit. — Ernstere Lungenkrankheiten, wie z. B. die *Schwindsucht*, habe ich im Norden nicht gesehen. Im Süden aber und unter den aus dem Süden Angereisten kommt die Schwindsucht mit Bildung von Cavernen recht häufig vor, wovon ich mich sowohl an Lebenden wie auch bei Sectionen überzeugen konnte.

Derselbe Gegensatz zwischen dem südlichen und nördlichen Theil des Jakutsker Gebietes zeigt sich endlich darin, dass im Süden oft der Bandwurm vorkommt, während ich ihn im Norden nie beobachtet habe. Die Arten des Bandwurms sind nach den Exemplaren, die ich in der Stadt Jakutsk erhielt, zu urtheilen: *Taenia mediocanellata* und *Bothryocephalus latus*.

Von Krankheiten, denen ich seltener oder nur ein Mal begegnet bin, erlaube ich mir folgende namhaft zu machen: Catarrh. vesicae urin., Leucorrhoea, Coxitis, Atheroma, Carcinoma ventriculi und Tumor intraorbitalis (Sarcom oder Carcinom), letzterer mit tödtlichem Ausgang, doch konnte ich leider die Section nicht machen.

Schliesslich möchte ich Sie mit einer Nervenkrankheit bekannt machen, die für das ganze östliche Sibirien typisch ist, wie ich aus den Mittheilungen anderer Reisender ersehen habe; die mit derselben Behafteten werden im dortigen Idiom, wenn sie männlichen Geschlechts sind, *Emerjak*, wenn weiblichen Geschlechts, *Emerjatschka* genannt, davon ist das Zeitwort *emerjatschitj* gebildet.

Die Meinung, dass die Ursache dieser Krankheit in der Einwirkung des Nordlichts auf das Nervensystem zu suchen sei, kann ich nicht theilen, da ich im Norden, wo das Nordlicht im Winter eine fast tägliche Erscheinung ist, solche Emerjaken äusserst selten gesehen habe, während sie im Süden, wo das Nordlicht viel seltener ist, zu mehreren in jeder Ortschaft vorkommen. (Aus diesem Grunde habe ich selbst die Krankheit nicht näher beobachten können und beruhen diese Mittheilungen grösstentheils auf Erkundigungen, die ich einzog). Ueberhaupt habe ich weder an mir noch an Anderen irgend welchen Einfluss des Nordlichts auf das Nervensystem gemerkt, mit Ausnahme natürlich der Empfindung des Staunens, welche wir bei jeder grossartigen Naturerscheinung, z. B. beim Gewitter haben.

Die erwähnte Krankheit besteht darin, dass der Kranke durch irgend etwas plötzlich erschreckt in einen Zustand ähnlich dem Starrkrampf verfällt, wobei er schreit und gewöhnlich in nicht wiederzugebenden Ausdrücken schimpft. Häufig vergeht der Anfall fast augenblicklich, in anderen Fällen dagegen dauert er recht lange, da die Person, die den Kranken erschreckt hat, ihn in diesem Zustande erhalten und veranlassen kann, verschiedene Körperbewegungen nachzuahmen, wobei der Kranke oft flehentlich bittet, ihn frei zu geben. Geschieht das aber, so muss nach der Mittheilung von Augenzeugen der Schuldige sich rasch aus dem Staube machen, weil der zusichgekommene und äusserst erbitterte Kranke sich sonst auf ihn stürzt und ihn sofort durchprügelt.

Da ich mich nie eingehender mit Nervenkrankheiten beschäftigt habe, so überlasse ich es competenteren Leuten diese Krankheit in irgend eine der bekannten Gruppen einzuordnen.

Fragen wir uns jetzt, ob die Jakuten irgend welche Behandlungsmethoden besitzen, so müssen wir bejahend antworten, nur hat ihre Behandlungsmethode nichts gemein mit der modernen Wissenschaft; sie besteht lediglich in *Schamanismus*. Die wenigen Medicamente, über welche sie verfügen, haben sie wahrscheinlich durch die Russen kennen gelernt und gebrauchen sie, wie es mir vorkam, nur in äusserst seltenen Fällen. Einige Proben von Pflanzen, welche mir die Eingeborenen nach langen Bitten gaben, kann ich Ihnen hier vorlegen.

Die von mir mitgebrachten Pflanzen gehören nach der Bestimmung des Hrn. Director v. Trautvetter folgenden Arten an: 1) Ledum palustre L., als Decoct gegen Syphilis; 2) Oxyuria reniformis Hook, wird als Gemüse in Suppen gebraucht; 3) Artemisia borealis Pallas, als Decoct zu Waschwasser für Wunden; 4) Lagotis glauca Gärtn., als Gemüse in Suppen; 5) Chrysosplenium alternifolium L., als Wundwasser; 6) Polygonum alpinum All. var. frigidum Trautv., als Gemüse benutzt; 7) Astragalus umbellatus Bge., die Wurzeln als Gemüse genossen; 8) Saxifraga caespitosa L. var. uniflora Hook, als Getränk statt des Thee's; 9) Cassiope tetragona Don., als Decoct gegen Leibschmerzen; 10) Lycoperdon bovista (?), Bovist, als blutstillendes Mittel.

Obgleich Sie ohne Zweifel wissen, was Schamanismus ist, will ich mich doch bemühen, Ihnen in wenigen Worten mitzutheilen, was ich darüber erfahren habe.

Unter einem Schamanen verstehen die Eingeborenen einen Menschen, der mit Geistern in Verbindung steht. Ungeachtet dessen, dass alle Eingeborenen der Provinz Jakutsk getauft sind, spielt der Schamanismus bei Krankheiten von Mensch und Vieh, wie auch in allen sonstigen schwierigen Lagen eine grosse Rolle, und sogar die dortigen Russen wenden sich gleich den Eingeborenen oft um Rath an den Schamanen. Vom Christenthum haben die Eingeborenen nur eine äussert dunkle Vorstellung. — Der Act des Schamanismus selbst geht folgendermaassen vor sich: unter eintönigem Gesange und Ausrufungen, die von Seiten des Gehülfen des Schamanen mit Trommelschlag begleitet werden und die Anwesenden in Schrecken setzen sollen, die ihrerseits ermunternde Ausrufe hören lassen, geräth der Schamane angeblich in einen Zustand von Bewusstlosigkeit. Er stürzt nachdem er bis dahin getanzt hat, in Krämpfen zur Erde und tritt dann mit den Geistern in Verbindung. Aus seinen

abgerissenen, zusammenhangslosen Ausrufungen und Worten bilden sich die Anwesenden einen Begriff von dem Rath, der dem Schamanen von den Geistern gegeben worden und ergreifen darnach ihre Maassregeln gegen die drohende Gefahr. Gewöhnlich geht der Rath dahin, dass der Patient irgend welche Werthsachen an einen bekannten Ort den Geistern zum Opfer bringt; das Verschwinden der Sachen von dort gilt als Zeichen, dass die Bitten des Schamanen erhört seien.

Auf mich hat diese ganze Procedur stets den Eindruck des allergröbsten Betruges gemacht, russische Einwohner aber versicherten mir, dass es im südlichen Theil Schamanen gebe, die ohne Zweifel in einen Zustand von Bewusstlosigkeit verfallen.

In der häufigen Wiederholung derartiger Beschwörungen, die ohne Zweifel stark auf das Nervensystem wirken, glaube ich die Ursache der Emerjakenkrankheit sehen zu müssen; wenigstens schrieben die Jakuten selbst die Geistesstörung eines Menschen dem Umstande zu, dass sich seine Eltern und Vorfahren mit Schamanismus beschäftigten. Weitere Untersuchungen über diesen Gegenstand wären sehr wünschenswerth und sind auch durchaus möglich, da man in nächster Zukunft wohl keine Veränderungen im Leben der Eingeborenen des Jakutsker Gebietes zu erwarten hat.

Referate.

Adolf Kuehn: Rudimentäre und larvirte Pneumonien nebst ätiologischen Bemerkungen über Pneumonieinfection. (Deutsches Archiv f. kln. Medicin. Bd. 41. H. 4, 5, 6).

Während Rokitansky, Rindfleisch u. A. den localen Entzündungsvorgang bei der Pneumonie mit seinem prägnanten Symptomencomplex auf Erkältung zurückführten und alles Andere für Folgen der entzündlichen Gewebsveränderung oder Complicationen hielten, sprachen sich von deutschen Autoren Traube und namentlich Jürgensen für die Zugehörigkeit derselben zu den Infectionskrankheiten aus. Damit schien ein einheitlicher Standpunct gewonnen und alle specifischen Formen wie: die nervöse Trousseau's, die erysipelatöse Friedreich's, die biliöse Mosler's, die primär-asthenische Leichtenstern's, die rheumatische Pneumonie der englischen Autoren und die Grippen- und Malariapneumonie Grisolle's liessen sich als durch Verschiedenheiten des Verlaufes, individuelle Verhältnisse oder durch Complicationen bedingte Modificationen derselben Krankheit erklären. Diese aetiologische Einheit schien nun vollends wiedergewonnen als Friedländer und Frobenius ihre sogenannten Kapselkokken als specifische Infectionsmikroben bezeichneten. Allein die Untersuchungen Talamon's, welcher weizenkorn- oder kerzenflammenähnliche Diplokokken fand, die des Verf. und Fränkel's, die im Sputum der Pneumoniker den Bacillus septicus sputigenus nachwiesen, ferner Schou's, der den Bacillus pneumonicus agilis darstellte, so wie Affanassjew's, welcher 3 Varietäten und Weichselbaum's, der 4 verschiedene Formen aus dem Sputum isolirten, liessen die Möglichkeit verschiedenartiger Pneumonieerreger zu. Die Grundform des Pneumoniemikroben blieb jedoch ein Diplokokkus und zwar war die am häufigsten nachzuweisende Form ein dem Bacillus septicus sputigenus identischer.

Diese fraglichen Krankheitserreger sind von Fränkel, Talamon, Sanger u. A. in dem Exsudat der sogenannten Complicationen, der Meningitis, Endocarditis, Nephritis, Pericarditis, bei einer grossen Zahl von Pleuritiden, sowie im Blute der Pneumoniker gefunden worden. Durch diese Thatsache kann man sich bei der Infection mit Pneumoniemikroben die Erkrankung eines oder mehrerer der genannten Organe denken, ohne dass es zu einer Erkrankung der Lunge selbst kommt, Anhaltspuncte giebt dafür auch die klinische Beobachtung der rudimentären und larvirten Pneumonieformen.

Verf. ist 15 Jahre lang Arzt der Correctionsanstalt in Moringen, einer Gegend, in welcher Pneumonieformen die endemischen Krankheiten bilden, welche nicht selten zu heftigen Epidemien führen. Verf., der über ein sehr grosses Krankenmaterial verfügt, machte bei solchen Epidemien die Beobachtung, dass neben den ausgebildeten typischen Pneumonien eine Reihe ephemerer oder auch mehrtägiger Fiebererkrankungen vorkommen, welche die charakteristischen Merkmale des Pneumoniebeginns zeigen, die aber mit einem plötzlichen Temperaturabfall wieder zur vollständigen Euphorie führen, ohne dass es zu einer objectiv nachweisbaren Erkrankung des Lungengewebes oder zu anderen Pneumonieerscheinungen kommt. Diese rudimentären Pneumonieformen haben mit den eintägigen oder mehrtägigen Abortivpneumonien Wunderlich's das typische rasche Ansteigen des Fiebers und den raschen kritischen, seltener lytischen Fieberabfall gemein, unterscheiden sich aber durch das Fehlen anderer subjectiver oder objectiver Pneumoniesymptome.

Verf. benutzte zu vorliegender Arbeit das Krankenmaterial von 3 Jahren, vom Jahre 1883 bis 1885. In diesem Zeitraum kamen unter den 2392 Corrigenden der Anstalt 1329 Erkrankungen und von diesen 82 an ausgebildeter und 65 an rudimentärer Pneumonie, in Summa 147 pneumonische Infectionen mit 13 Todesfällen zur Beobachtung. Von diesen Pneumonien kamen auf die kalte Jahreszeit 50 also 34,01 Proc. und auf die Frühlings- und Sommerzeit 97 oder 65,99 Proc. Diese Zahlen entsprechen den Angaben Jürgensen's über die Pneumoniefrequenz der einzelnen Jahreszeiten innerhalb des continentalen Klimas.

Dass Erkältung kein auxiliäres Moment für die Pneumoniefrequenz ist, sucht Verf. durch folgende Zahlen nachzuweisen: 39,57 Proc. aller Gefangenen werden mit Feld- und „Aussenarbeiten" beschäftigt, welche sie bei jeder Jahreszeit und jeder Witterung in relativ leichter Kleidung verrichten müssen und nur 30,20 Proc. dieser Gruppe erkranke an Pneumonie. Ein zeitweises Ueberwiegen der Pneumonieerkrankungen bei den „Aussenarbeitern" gerade im Frühling bei scharfen austrocknenden Winden, glaubt Verf. durch die Hypothese erklären zu können, dass die durch die massenhaften Niederschläge des Winters und Vorfrühlings aus der Luft dem Boden zugeführten pathogenen Organismen beim Bestellen des Landes aus der sie enthaltenden Bodenschicht losgerissen werden und sich, durch heftige Winde begünstigt, der Luft beimischen.

Aus den Krankenlisten ist ferner ersichtlich, dass sehr oft diejenigen Gefangenen an Pneumonie erkranken, welche die Schlafsäle zu reinigen haben, also den oft mit Sputis der Gefangenen bedeckten Fussboden aufwaschen. Bemerkenswerth ist ferner die hohe Erkrankungsziffer bei den Gemüsereinigern und die vielen Erkrankungen bei den Leinwebern, Rohr- und Stroharbeitern; bei diesen letztern handelte es sich wohl um Verwundung der Respirationsorgane beim Einathmen der scharfen Fasern. Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Cocoswebern, den Cigarrenmachern, Schneidern und Schuhmachern.

Am Schluss seiner ätiologischen Betrachtungen stellt Verf. folgende Sätze auf:

1) Die Pneumonieinfection gelingt um so leichter, je aggressibler das Individuum ist.

2) Das kräftigste Lebensalter ist deshalb am widerstandsfähigsten gegen die Infection.

3) Alle Lebensverhältnisse, welche Gelegenheit zur Verwundung der Epitheldecken der Respirationsschleimhaut geben, disponiren zur Pneumonieinfection.

4) Erkältung in dem gewöhnlich damit verbundenen Sinne hat gar nichts mit Pneumonieerkrankung zu schaffen.

Wichtig ist, wie aus den Tabellen hervorgeht, die Thatsache, dass von den Arbeitern, die aus einem Schlafsaal (Neubau 17) stammen, die einen an typischer, schwerer Pneumonie erkranken, von denen einige sogar sterben, während die anderen wegen einer nur 1 oder 2 tägigen Rudimentärform im Lazareth Aufnahme finden.

Um die Zusammengehörigkeit der Rudimentärform mit der Pneumonie zu illustriren geht Verf. auf die einzelnen Symptome näher ein und erwähnt zuerst des Herpesausschlages, welcher nach ihm bei den Rudimentärformen ebenso häufig beobachtet werde, wie bei den ausgebildeten Formen. Ja, Verf. ist geneigt, alle als Febris herpetica bezeichneten Krankheitsformen für rudimentäre Pneumonien zu halten.

Im Fiebergang entsprechen die Rudimentärpneumonien genau den Temperaturverhältnissen der Initialperiode ausgebildeter Pneumonien, unterscheiden sich von letztern nur durch den schnellen Rückgang der bedrohlichen Erscheinungen. Von den 65 vom Verf. beobachteten Fällen von Rudimentärpneumonie hatten 38 einen eintägigen, 23 einen 2-tägigen, 3 einen 3 tägigen und einer einen 4-tägigen Typus. Der aufsteigende Theil der Fiebercurve ist gewöhnlich ein steiler, in wenigen Stunden wird die Fieberhöhe erreicht. Das erste Symptom ist gewöhnlich ein jäh hereinbrechender Schüttelfrost, nur in einzelnen Fällen gehen dem eigentlichen Krankheitsbeginn 1 oder 2 Tage unbestimmte Prodrome voraus, welche schon leichte Fieberbewegungen zeigen können. Das Fiebermaximum dieser rudimentären Formen ist sehr verschieden hoch. Die Curven können nur wenige Zehntel über 38 erreichen, können indessen mit 41,8 Gipfel zeigen, welche den höchsten bei günstig verlaufenden ausgebildeten Pneumonien überhaupt möglichen Temperaturen ganz nahe liegen. Der Fieberabfall ist in der Regel sehr schroff und führt fast immer ein oder mehrere Tage zu subnormalen Temperaturen, wie das auch bei den ausgebildeten Pneumonien der Fall ist. In seltenen Fällen ist der Temperaturabfall mehr lytisch, dadurch entsteht nach Verf. ein Theil der Rudimentärpneumonien mit mehrtägigem Fieber.

Der kritische Fieberabschlag ist bei den Rudimentärformen noch häufiger als das bei entwickelten Pneumonien vorkommt, mit reichlicher Schweissproduction verbunden.

Der Harn entspricht hinsichtlich seiner Menge und seiner sonstigen Beschaffenheit den bei der entwickelten Pneumonie zur Beobachtung kommenden Veränderungen.

Pathologisch-anatomisch wurden nur 3 Fälle von Rudimentärpneumonie untersucht und zwar fanden sich auch hier wie bei ausgebildeter Pneumonie Veränderungen in der Leber, den Nieren und mehr oder weniger ausgesprochenes Fettherz. Bemerkenswerth ist, dass in allen 3 Fällen alte adhäsive Pleuritis im Bereich fast der ganzen Lunge oder einer Hälfte bestand. Im Lungengewebe selbst fand Verf. blutig-ödematöse Lungenpartien, in welchen er einmal auch Pneumoniemikroben nachweisen konnte.

Im zweiten Theil seiner Arbeit behandelt Verf. die larvirten Pneu-

monien. Gestützt auf eine grössere Anzahl eigener Beobachtungen, sowie auf das ihm von L. Meyer aus der Göttinger Irrenanstalt zur Verfügung gestellte Material, bespricht Verf. eine Reihe von nervösen Erscheinungen, welche ausgebildete Pneumonien begleiten oder für sich allein larvirte Pneumonien bilden können.

Durch Krankengeschichten illustrirt Verf. die Thatsache, dass bei sensitiven und nervös reizbaren Personen, so bei hysterischen Frauen, Epileptikern und Geisteskranken, der Initialfrost durch hysterische, epileptische, paralytische resp. apoplectische Anfälle ersetzt werden könne. Die Ursache für die Erscheinung sucht Verf. in der Einwirkung pneumonischer Infectionserreger auf das Gehirn. Ausser den Fällen, in welchen der Tod erst ein oder mehrere Tage nach dem paralytischen Anfall eintrat und bei denen die Lungen ausgesprochene für Pneumonie charakteristische Veränderungen aufwiesen, erwähnt Verf. 2 Fälle, bei denen der Tod sofort im paralytischen Anfall eintrat und bei denen dennoch schon beginnendes Engouement nachweisbar war. In den beiden letzten Fällen war ferner der linke Herzventrikel fest contrahirt, ein Befund analog den Untersuchungen Brieger's, bei welchen nach Einführung von Ptomainen in die Blutbahn bei den entsprechenden Versuchsthieren der Tod nach raschem Sinken der Herzthätigkeit eintrat, wobei das Herz stets in systolischer Contraction angetroffen wurde. Es erscheint Verf. wahrscheinlich, dass bei ungewöhnlich reizbarem Centralnervensystem die Menge Pneumoniemikroben und deren Producte, welche bei gesunden Menschen nur Kopfweh, Schüttelfrost etc. hervorrufen, genüge die Lebensthätigkeit in den Ganglienzellen ganz zum Erlöschen zu bringen. Dafür sprechen auch jene Fälle von Pneumonien Geisteskranker, in denen der lähmende Einfluss jener pathogenen Stoffe nur für bestimmte Gehirnpartien, besonders für die wärmeregulirenden Centren, von vornherein ein so hochgradiger wird, dass der Pneumoniebeginn mit plötzlichem Collaps und abnormem Sinken der Temperatur eintritt. Solche Fälle sind ausser von Reinhardt auch 3 mal vom Verf. beobachtet worden. Von diesen begann der eine mit 30,0° und führte mit dauernden Collapstemperaturen anderen Tags zum Tode. Hierbei fand sich eine durch bacteriologische Untersuchung bestätigte Pneumonie. In zwei anderen um dieselbe Zeit vorgekommenen Fällen waren keine deutlichen Lungenerscheinungen vorhanden. Der eine begann mit 26,5° und hob sich nur wieder bis zu 32,0°, der andere mit 25,7°—29,5°.

Ferner weist Verf. auf den Seitenschmerz, ein Symptom im Beginn der Pneumonie hin, welches nicht selten noch vor dem Schüttelfrost die Scene eröffnet und nur ausnahmsweise dem Sitz der Entzündung entspricht. Nach Verf. beruhe diese Erscheinung auf toxischer Neuralgie der Intercostalnerven.

Ausserdem führt Verf. 2 Fälle von pneumonischer Infection an, die sich nur durch einen mit Fieber verbundenen Anfall von Neuralgie äusserten und dann zurückgingen. Der eine Fall betraf eine Neuralgie des Ischiadicus, der andere eine im Supraorbitalast des Trigeminus.

Verf. bespricht endlich einige andere Krankheitserscheinungen, welche beim Intactbleiben der Lunge für sich allein die Symptome der Pneumonieinfection bilden können. Da sind zuerst die Angina, dann die Laryngeal- und Bronchialcatarrhe.

Gestützt auf die Beobachtung, dass häufig anginöse Beschwerden und laryngeale Erscheinungen den schweren Pneumonien vorausgehen, glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass solche Anginen bei Rudimentärpneumonien das einzige locale Symptom bilden können und sucht diese Behauptung durch ein Beispiel zu belegen. Ja, Verf. hält alle nicht diphtheritischen Anginen, „sobald sie die für Rudimentärpneumonie genügend gekennzeichneten Fieberbewegungen haben" für Pneumonieinfection. In demselben Sinne spricht sich Verf. über eine Menge von Pleuritiden und Pericarditiden aus, doch fügt er hinzu: „es ist bis jetzt allerdings noch kein bacteriologischer Beweis für die Zusammengehörigkeit solcher Krankheitsprocesse mit der Pneumonie erbracht".

Am Schluss seiner Abhandlung widmet Verf. noch einige Worte der Therapie. Er empfiehlt im Beginn der Pneumonie das Calomel, warnt vor den Antipyreticis mit Ausnahme mässiger Gaben von Chinin und vor der Anwendung kalter Bäder und spricht sich gegen die Darreichung grosser Mengen alkoholhaltiger Flüssigkeiten aus. Die Digitalis sollte man, seiner Ansicht nach, nur bei der Pneumonie Herzkranker anwenden. Jul. Taube (Moskau).

K. Dehio (Dorpat): Ein Fall von Anilinvergiftung. (Berlin. klin. Wochenschr. 1888. № 1).

Der im Folgenden referirte Fall von Vergiftung mit Anilinöl ist auf der Dorpater medicinischen Klinik beobachtet worden.

Eine 21-jährige Frau hatte in selbstmörderischer Absicht etwa 10 Gramm Anilinöl per os zu sich genommen und war zwei Stunden darnach in somnolentem Zustande in ihrem Bett aufgefunden worden. Obgleich ein grosser Theil des verschluckten Giftes wieder erbrochen wurde, verfiel die Patientin doch gleich darnach in ein tiefes *Coma*, welches circa 36 Stunden anhielt und von tiefen, unregelmässigen Athemzügen und sehr frequentem Pulse begleitet war. Während des Coma trat eine eigenthümliche *Blaufärbung des Körpers* auf, die der Verfasser auf die im Blute vor sich gehende Bildung von Anilinfarbstoffen aus dem aufgenommenen Anilin zurückführt; dieselbe schwand nach drei Tagen.

Am zweiten Tage nach der Vergiftung erholte sich die Patientin allmälig aus dem Coma, das anfänglich die schlimmsten Befürchtungen hervorgerufen hatte, zugleich aber kam ein *intensiver Icterus* zu Stande; der Harn enthielt viel Gallenfarbstoff, jedoch während der ersten Tage, wo allein nach ihnen gesucht wurde, keine Gallensäuren; die Faeces waren gallig gefärbt. Etwa am 5. Tage der Vergiftung legte sich der Icterus, statt seiner aber trat eine intensive *Hämoglobinämie und Hämoglobinurie* auf, begleitet von einem durch Zählungen leicht zu constatirenden *Schwund und Zerfall der rothen Blutkörperchen*, deren Zahl sich auf ein Viertel des Normalen verminderte. Mikroskopisch liessen sich im Blut viel Poikylocyten und Blutkörperchenschatten nachweisen. In der zweiten Woche schwanden diese Erscheinungen und es trat eine langsame Reconvalescenz ein. Verfasser bespricht aus Anlass dieser Vergiftung die Frage, ob es sich hier um einen haematogenen oder hepatogenen Icterus handelte und hält letzteres für das Wahrscheinlichere, obgleich er keine Gallensäuren im Harn aufgefunden hatte. Man weiss nämlich, dass Stoffe, die chemisch dem Anilinöl nahe verwandt sind (Toluylendiamin) gleichzeitig oder nach einander Icterus (und zwar nachweislich hepatogenen Resorptionsicterus) und Hämoglobinurie verursachen. Der Verfasser glaubt, dass wenn er in den späteren Tagen des Icterus danach gesucht hätte, er wahrscheinlich auch Gallensäuren im Harn gefunden haben würde. Die Annahme, dass Gallenfarbstoff durch Zerfall der rothen Blutkörperchen im Blute selbst ohne Vermittlung der Leber entstehen könne, ist übrigens in neuester Zeit durch die experimentellen Untersuchungen Naunyn's und Minkowski's sehr unwahrscheinlich gemacht worden.

Autorreferat.

E. Bull: Zwei Fälle von intermittirender Albuminurie (Klinisk Arbog III Nordisk Med. Arkiv 1887 Bd. XIX).

Fall 1. Mann von 21 Jahren hielt sich 40 Tage im Hospital auf; es wurden methodische Harnuntersuchungen gemacht; dabei erwies sich, welchen grossen Einfluss Körperbewegung auf den Eiweissgehalt ausübte. So lange Pat. zu Bette lag fand sich nie Eiweiss, sobald Pat. begann sich zu bewegen wurde der Albumingehalt immer reichlicher.

Fall 2. Schuhmacher von 26 Jahren, der stets blass und mager gewesen war und an dyspeptischen Beschwerden gelitten hatte sonst aber gesund war. Er wurde erst 20 Tage poliklinisch beobachtet und darauf ins Hospital aufgenommen, wo der Urin im Laufe von 7 Tagen jedesmal wenn er gelassen war untersucht wurde. Es zeigte sich auch in diesem Falle, welche grosse Rolle Körperbewegung spielte. Solange der Pat. poliklinisch beobachtet wurde, war der Morgenurin stets eiweissfrei; je mehr der Tag fortschritt, desto stärker wurde der Eiweissgehalt. Seit dem Augenblick, wo Pat. im Hospital das Bett zu hüten begann, zeigte sich kein Eiweiss mehr. Diätetische Versuche zeigten sich ohne Einfluss; weder Alcoholica noch stark eiweisshaltige Kost riefen Albuminurie hervor, so lange Pat. zu Bette lag. Doch nimmt Verf. an, dass die Hospitalskost sich dennoch als günstig erwiesen hat, da auch später als Pat. auf war und arbeitete, so lange er sich im Hospitale aufhielt kein Eiweiss nachzuweisen war, bis auf ein Mal, als er nämlich das Bett verliess und das erste Mal arbeitete. Buch (Willmanstrand).

Rosenbach: Ueber das Erysipeloid. (Langenbeck's Arch. XXXVI, 2.)

Das Erysipeloid (Erysipelas chronicum, Erythema migrans etc.) ist eine Wundinfectionskrankheit, welche niemals von Person zu Person übertragen, sondern nur sporadisch durch Einimpfung des ektogen existirenden Infectionsstoffes in wunde Stellen acquirirt wird. Letzterer befindet sich in allerhand in Zersetzung begriffenen Stoffen animalischen Ursprungs. Schlachter, Köchinnen, Restaurateure, Wildhändler, Häringskrämer, Gerber etc. sind der Infection am meisten ausgesetzt. Die typische Einfallspforte für dieselbe bilden die Finger. Die Krankheit äussert sich in einer von der Impfstelle ausgehenden dunkelrothen, oft lividen Schwellung mit ganz scharfer Grenze, sehr ähnlich einem Erysipel, aber ohne Beeinflussung der Körpertemperatur und des Allgemeinbefindens. Die Affection ist nicht besonders schmerzhaft, breitet sich langsam aus und erlischt nach 1—2—3 Wochen spontan. Nachdem längst die zuerst ergriffenen Theile abgeblasst sind, hört dann das Fortschreiten in der Peripherie auf und alles bildet sich zur Norm zurück. Als Träger dieser Infection erkannte Verf. ein Mikrob, das seiner Morphologie nach mit der Cladothrix dichotoma Cohn verwandt zu sein scheint; doch handelt es sich bei demselben nicht um eigentliche Dichotomie, sondern um falsche Astbildung, indem die „Aeste" dem Hauptfaden mit dem einen Ende bloss anliegen, nicht aber in organischem Zusammenhang mit demselben stehen. Durch Einimpfung der Reincultur am eigenen Oberarm konnte Verf. das typische Krankheitsbild erzeugen. Versuche, das Erysipeloid auf Lupus zu impfen, blieben ohne Resultat.

G.

C. Engelskjön: Die elektrische Behandlung der refrigeratorischen Facialisparalyse. (Norsk magasin for Lägevid. 1886).

Verf. nimmt an, dass die allgemeine rheumatische oder refrigeratorische Facialislähmung nicht dem Einfluss der Kälte auf das Gesicht selbst zuzuschreiben sei, sondern durch Reflex von den sensitiven Hautnerven aus entstehe, er nimmt daher an, dass elektrische Behandlung des Reflexcentrums selbst weit rationeller sein müsse als die des Facialis und theilt zur Bekräftigung seiner Ansicht 3 Krankengeschichten mit, in denen er mit bestem Erfolge centrale Faradisation der Medulla oblongata anwandte. Buch (Willmanstrand).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Врачебный Ежегодникъ на 1888 годъ (Aerztliches Jahrbuch pro 1888). Изданіе редакціи «Русской медицины». Т. 1888. Типо-Литографія П. И. Шмидть.

Durch einen Zufall erhielt Ref. kürzlich statt des bekannten Ricker'schen ärztlichen Kalenders das obengenannte Jahrbuch, welches ja ebenfalls in Kalenderform herausgegeben wird, jedoch nur wenig Raum zu Notizen, dagegen einen med. Text auf 328 Seiten bietet. Da wiederholt Verwechselungen mit dem Ricker'schen Kalender vorgekommen und so mancher Landarzt Russlands wohl auch in die Lage kommt, sich das vorliegende «Jahrbuch» anzuschaffen, halten wir es für unsere Pflicht die Collegen mit dem Resultat der Prüfung dieses «Jahrbuches» bekannt zu machen. Die Ausstattung ist eine recht gute und ein besonderer Vorzug besteht darin, dass zahlreiche Recepte aus den Kliniken hervorragender russischer Kliniker abgedruckt sind. Hieraus bekommt man einen ganz guten Ueberblick über die auf den verschiedenen Kliniken herrschenden Richtungen.

Andererseits sind uns aber zahlreiche Puncte aufgefallen, die man nicht ohne Bedenken gedruckt sieht, namentlich wo man doch erwartet, dass den neuesten Anschauungen und Fortschritten der med. Wissenschaften Rechnung getragen sei.

Gleich auf pag. 1 wird bei acuter Rhinitis der Nasendouche und noch dazu mit reinem Wasser das Wort geredet, während die Rhinologen heut zu Tage gerade nicht genug vor deren Gebrauch warnen können und nachweisen, dass nur zu leicht dadurch hartnäckige Ohrenleiden bewirkt werden. Desgleichen erwähnt der Verf. dieser therapeut. Notizen mit keinem Worte der zu einer ganzen Literatur herangewachsenen Frage über die Abhängigkeit des Asthma von Nasenleiden. Auch die zahlreichen, so interessanten neuen Vorschläge zur Therapie der Lungentuberculose werden mit Stillschweigen übergangen. Das neueste bezüglich derselben bildet noch der Vorschlag (pag. 19), bei Durchfällen der Schwindsüchtigen *Cotoïn* zu geben, (wurde, soviel uns erinnerlich, bereits 1878 vorgeschlagen). Bei *Angina crouposa* und *diphteritica* kommen wir (pag. 21) nicht über *Aq. Calcis* und *Natron benzoic.* heraus (obgleich doch die interessante Arbeit Lunin's so manches Neue gelehrt). Bei *Typhlitis* und *Perityphlitis* empfiehlt der unbekannte Autor «*Extract. Aloës*» 2 Mal tägl. zu 2 Gran (pag. 29). Bei *Ileus* spricht er sich (pag. 30) *gegen* «Hydrargyrum vivum» aus (also muss er doch noch den Verdacht haben, dass es von Collegen verordnet werden könnte). — Bei *Hyperämia hepatis* empfiehlt er (pag. 32) «Blutegel ad anum», die überhaupt sehr protegirt werden (bis zu 30 Stück werden bei Gehirnhyperämie empfohlen (pag. 37). — Beim *Tetanus* fungirt (pag. 46) noch *Infus. fol. nicotian* (gr. XV : ℥iij) zum Clysma, obgleich gerade von russischen Collegen auf die Gefahren dieser Therapie aufmerksam gemacht worden.

Unter den «*allgemeinen Krankheiten der Ernährung*» finden wir (pag. 51) neben Anämie, Chlorosis und Scorbut auch den «*Rheumatismus*», gegen den Jodkali und Camphorsalben empfohlen werden.

Unter den «therapeutischen» Mitteln gegen Syphilis finden wir (pag. 52) die merkwürdige Mittheilung, dass *Hg. metallicum* in Form von Salben, *Suppositorien* [!] (pag. 52), Kügelchen und Pflaster gebraucht wird. Die neue, viel verheissende Richtung der Syphilis-Therapie, die Injectionen von Calomel und Hg. oxyd. flav. haben beim Vf. keine Berücksichtigung gefunden, ja sind nicht einmal der Erwähnung werth befunden, denn seinen Ansprüchen genügt die «graue Salbe» vollkommen, doch werden auch Liquor mercurialis Switenii und Sal Alembrothi empfohlen, desgleichen Jodoformpillen, die in den Handbüchern nicht gerade gerühmt werden. Auch *Decoct. Pollini* (pag. 65) wird als gebräuchliches Mittel angeführt. In der *Urethritis*-Behandlung spielen, ausser den beliebten Zinc. sulf. und *Tannin mit Rothwein* (pag. 67 ℥ij : ℥iV «при вялости слизистой оболочки»), die Patentmittel Capsules Grimault und «Santal de *Mydi*» und die Balsamica eine bedeutende Rolle. Beim *Bubo* wird noch Injection von Lugol'scher Lösung (nach Jakubowitsch) empfohlen (pag. 68) und nach Incision Verbände mit Adstringentien und Acid. carbolic. Für spitze *Condylomata* werden ausser Reinlichkeit nach Peters *kalte Umschläge* empfohlen (pag. 69). Wenn bei Ulcus molle schlaffe Granulationen auftreten, soll u. A. *Vin. aromatic.* (pag. 69) gut sein. Bei Caries soll nach pag. 71 das Wichtigste sein, die schlechten Säfte zu entfernen und dann ist für guten Eiterabfluss zu sorgen und sind die Granulationen leicht mit Lapis zu ätzen. Bei der *Necrosis* soll man die sich ablösenden Stücke der Knochen entfernen, *aber nur dann, wenn sie schon abgelöst sind* (расшатались gesperrt gedruckt!).

Bezüglich des Panaritium heisst es, dass wenn sich Eiter gebildet, jedenfalls incidirt und *mit einem Fettlappen verbunden werden* muss (pag. 74) [перевязка смазанною жиромъ ветошкою]. Und das liest man *1888* (nein, das Buch muss ein Falsificat sein, man kann doch unmöglich mehr *Fettlappen* empfehlen!). pag. 77 heisst es ganz harmlos: «bei der Wundbehandlung spielen die Hauptrolle: Kälte und antiseptischer Verband (NB. mit Fettlappen).

Dann folgt eine kurze Beschreibung der antiseptischen Methode der Behandlung nach Lister mit «Protectiv» etc. (Wo bekommt man überhaupt noch Protectiv? Wer wendet es denn noch an? Ref.). Von Sublimat-Verbänden findet sich in diesem Jahrbuch pro 1888 kein Wort!

Nach diesen Proben war es uns unmöglich das Buch weiter zu lesen und können wir nur den Schluss ziehen, dass es sich offenbar um eine Mystification handelt, vor welcher wir die Collegen warnen müssen, die «Russkaja Medicina» steht der Sache offenbar ferne, denn sie trägt ja geachtete Namen an ihrer Spitze!

Denken wir uns nun die Lage eines älteren Collegen auf dem Lande, der sich das «Jahrbuch» verschreibt und daraus ersehen will, welche Fortschritte die Medicin und Chirurgie gemacht hat. Zum Schluss weisen wir nur noch darauf hin, dass das Verzeichniss der Petersburger Aerzte von «alten Adressen» wimmelt, der Vf. hat sie offenbar irgendwo «entnommen», ohne sich die Mühe der Verificirung zu machen. P.

O. Roth: Die Arzneimittel der heutigen Medicin mit therapeutischen Notizen, zusammengestellt für praktische Aerzte und Studirende der Medicin. 6. Auflage. Neu bearbeitet von Dr. Gregor Schmitt. Würzburg 1887. A. Stuber's Verlagshandlung. 379 S.

Ein handliches, bequemes Nachschlagebuch, welches sämmtliche, in jetziger Zeit gebräuchlichen Arzneimittel, auch die neuesten, in alphabetischer Ordnung bietet mit Angabe ihrer Wirkung, Gebrauchsweise, Taxen und Formeln der Anwendung. Die in neuerer Zeit so zahlreich und immer zahlreicher auftretenden und bald mehr bald weniger dringend empfohlenen Mittel, ihre Dosirung, ihre Indicationen und Contraindicationen, alle im Gedächtniss zu behalten, dürfte so manchem beschäftigten Praktiker wohl recht schwer fallen; diesen wird das Buch eine willkommene Aushülfe bieten, umsomehr, als meist auch einige kurze Winke über den praktischen Werth und die Zuverlässigkeit des Mittels beigegeben sind. Ausserdem finden wir da eine Maximaldosen-Tabelle, ein Capitel über subcutane Injectionen und die dazu gebrauchten Mittel, über Inhalationstherapie, ferner therapeutische Notizen, ein therapeutisches Register und gewissermaassen als Einleitung eine Gruppirung der Arzneimittel nach ihrer Wirkung. Dass uns jetzt bereits die 6. Auflage des Buches vorliegt, ist an sich schon eine gute Empfehlung und ein Beweis dafür, dass es einem vorhandenen Bedürfnisse entspricht. Die Ausstattung ist gut. —t.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 4. November 1887.

Dr. Bergmann: «Ueber primäres Larynxerysipel».

Vortr. verwirft die Anwendung der Diagnose Oedem für alle möglichen acuten Schwellungszustände des Larynx. Er unterscheidet im Speciellen zwischen Oedem der Glottis, Oedem der ary-epiglottischen und der hypoglottischen Region. Die Bezeichnung «Oedema laryngis» reservirt er für Stauungsödem bei Morbus Brightii, Herzkrankheiten, Malaria, chron. Vergiftungen, Druckwirkung irgend welcher Art auf die Circulation im Larynx und endlich für das Oedema angioneuroticum Strübing's. Das entzündliche Oedem habe nur symptomatische Bedeutung. — Primäres Larynxerysipel sei zuerst von Porter 1 Mal, dann von Massei in 14, überhaupt in 18 Fällen beobachtet worden, zu denen Vortr. folgende 2 Fälle hinzufügt:

V. C., 6 a. n., erkrankte am 27. April mit Halsbeschwerden. 28. hochgradige Schwellung und Röthung der Epiglottis und des Vestib. laryngis; 2 Blutegel. Nachlass der Erscheinungen. Temp. 38,3. 29. Verschlimmerung, Höhepunct der Larynxbeschwerden. Abends Zustand besser, Epiglottis, ary-epiglottische Falten und Arygegend noch geschwollen und intensiv geröthet. Schwellung am Halse vorne. 30. April und 1. Mai. Larynxerscheinungen gehen zurück. Cutanes Erysipel über Hals und Brust. 2. Mai. Erysipel abgeblasst. 6.—15. Mai leichte Pneumonie.

S. C., 3 a. n., Bruder des Vorigen, am 30. April Abends mit Erbrechen erkrankt. 1. Mai Temp. 39. Halsdrüsen schmerzhaft. Mittags 40,2. Colossale Schwellung und intensive Röthung der Epiglottis, ary-epiglottischen Falten und Armgegend. Nachmittags 6 Uhr Tracheotomie. Abends Besserung. 2. Mai. Die Canüle kann bereits obturirt werden. Erysipelatöse Röthung am r. Oberarm und am l. Vorderarm. 3. Mai. Die Röthe ist geschwunden. Canüle wird entfernt. Reconvalescenz.

Dr. Hach: Beide Kinder erkrankten gleicher Weise mit Erbrechen und nach einigen Stunden Athemnoth. Nach Erkrankung des ersten Kindes wurde nur dieses aus dem Schlafzimmer entfernt, in dem die beiden anderen blieben, von denen nur eines erkrankte.

Auf Dr. Carlblom's Frage, ob nicht Erys. Ursache von Retropharyngeal-Abscess sein könne, bemerkt Dr. Bergmann, das Pharynxerys. werde häufig beobachtet, nur die Localisation im Larynx sei selten constatirt worden.

Dr. Hampeln sieht in der Berücksichtigung der Aetiologie der Glottisödeme einen Fortschritt. Ebenso verhalte sich's mit dem Pharynxerys., dessen Symptome jedoch nicht sicher genug gegen die des Catarrhes differenzirt seien. Beim Typhus finde sich z. B. oft eine wie lackirt aussehende Pharynx-Schleimhaut, was als charakteristisch für Erys. genannt werde.

Dr. Bergmann: Das Erys. unterscheide sich vom einfachen Catarrh durch sehr bedeutende Schwellung, von der typhösen Affection

durch stürmischen Verlauf; am schwierigsten sei die Differenzirung von der Perichondritis. Bei Erwachsenen müsse sich die Diagnose auf den bacteriologischen Nachweis stützen.

Dr. Miram kann die Tendenz der modernen Forschung, progressiv-entzündliche Processe im weitesten Sinne auf den Erysipel-Kokkus zurückzuführen, nicht billigen. Bei den vorgetragenen Fällen sei ihm die Infection zweier Kinder auffällig, welche also beide Läsionen im Larynx gehabt haben müssten. Ferner entspreche die fleckige Röthung, wie auch der kurze Bestand der Infiltration nicht dem gewohnten Bilde des Erysipels.

Dr. Bergmann: In dem von ihm im ganzen Verlauf beobachteten Fall II habe das Oedem den Larynx in toto betroffen. Einen Ablauf des Erysipels in 1—2 Tagen seien wir bei der wandernden Form zu beobachten gewohnt.

Dr. Hampeln vermisst ausser der präcisen Abgrenzung des Symptomenbildes für die qu. Erkrankung in den meisten Fällen den bacteriolog. Nachweis. Bei den ref. Fällen falle ihm die entfernt vom primären Herde sich einstellende Röthung auf, ein Verhalten, das man sonst bei Lymphangoïtis finde.

Dr. Bergmann: Der Erys.-Kokkus halte sich allerdings an die oberflächlichen Lymphbahnen. Die ref. Fälle seien an sich leichte gewesen und nur durch die Enge des kindl. Kehlkopfes gefahrdrohend geworden. Bei Massei sei der Verlauf ein längerer, dem cutanen Erys. entsprechender gewesen.

Dr. Miram betont, ohne die Diagnose nach Massei angreifen zu wollen, auch seinerseits das Befremdliche des Auftretens der Röthe am Arm bei freibleibendem Rachen.

Dr. Hach fügt hinzu, dass weder lymphangoïtische Stränge noch auch späterhin Disquamation zu bemerken gewesen.

Dr. Bergmann: In dem einen Fall habe sich das Erys. in der Continuität der Lymphbahnen zur Haut des Halses verbreitet, wo das cutane Erys. unzweifelhaft diagnosticirt wurde. In dem anderen Falle war die Affection schon geschwunden, als er ein Object zu mikroskop. Diagnose entnehmen wollte.

Dr. Freymann sah von einem Dammrisse aus in puerperio ein Erys. sich auf die unteren Extremitäten und den Rücken verbreiten, und constatirte hier Sprünge auf 7—8 Zoll Entfernung. Ein anderes Mal ging ein Erys. vom Rachen direct ohne Betheiligung der Mundhöhle auf Gesichts- und Kopfhaut über, von dort auf die Genitalien. Im letzten Fall könne man freilich an Uebertragung durch die Hände des Pat. denken.

Dr. Hampeln referirt, dass Gerhard das Larynxerysipel als Krankheit sui generis zwar statuire, die Diagnose aber nicht als über allen Zweifel erhaben hinstelle.

Auf bez. Frage Dr. Miram's erklärt Dr. Hampeln noch kein Larynxödem bei Morb. Brightii beobachtet zu haben.

Dr. Voss hat tracheotomirt wegen Larynxödem bei Nephritis mit Scarlatina. z. Z. Secretär: Dr. v. Stryk.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 10. November 1887.

1. Dr. Moritz demonstrirt ein Präparat von Pyelo-Nephrose mit Nierensteinen und berichtet über einen Fall abgelaufener Pyelitis calculosa der rechten Niere. Etwa ein Jahr lang hatte Patient sich relativ wohl befunden und für gesund gehalten, als er aufs Neue unter Beschwerden erkrankte, welche eine Amyloiddegeneration der bis dahin gesunden Niere und der Leber wahrscheinlich machten. Bei unaufhaltsam fortschreitendem Kräfteverfall, Anorexie und mässigem Hydrops starb Pat. im Alexander-Hospital. Die Section zeigte Amyloid der Organe, vorzugsweise der stark vergrösserten linken Niere und vollständigen Schwund der rechten. Letztere war in einen buchtigen, häutig-schwieligen Sack verwandelt, in welchem ein Conglomerat harnsaurer Steine von der Gesammtgrösse einer starken Männerfaust eingebettet lag.

Das Präparat wurde dem Verein vorgelegt.

Ausserdem fand sich weit fortgeschrittene Tuberculose beider Lungen, welche fast symptomlos, ohne Husten und fast ohne Fieber verlaufen war.

Der Vortragende findet das Instructive dieses Präparats hauptsächlich darin, dass es erweist, wie colossale Nierensteine vorhanden sein können ohne locale Beschwerden hervorzurufen, sobald der Destructionsprocess in der betr. Niere vollständig abgelaufen. Obgleich es aus der früheren Krankengeschichte bekannt war, dass Pat. jahrelang an rechtseitiger (calculöser) Pyelitis gelitten, — zeigten sich während seiner letzten Krankheit im Harn, der täglich controlirt wurde, weder Eiter noch Concremente; Schmerzen waren ebensowenig wie ein Tumor in der betr. Gegend zu constatiren.

2. Dr. Gräbner hält einen Vortrag über die «Ernährung der Säuglinge mittelst durch den Soxhlet'schen Apparat sterilisirter Milch». Die Versuche sind im hiesigen Findelhause angestellt. (Der Vortrag ist zum Druck bestimmt).

3. Prof. Dr. Poehl hält einen Vortrag «über die Eigenschaften des Harnes der Syphilitiker und die Ursachen der Immunität der Thiere gegenüber der Syphilis». Vortragender hat eine grosse Anzahl von vergleichenden Untersuchungen des Harnes, sowohl von Syphilitikern und gesunden Menschen, als auch von Thieren ausgeführt mit der Absicht aus der eventuellen Abweichung im Chemismus des Stoffwechsels der Thiere über die Ursachen der Immunität derselben gegen Syphilis zu schliessen, da in Hinsicht des Baues der Gewebe kein solcher Unterschied vorliegt, der die Immunität der Thiere gegen Syphilis erklären könnte. Prof. Poehl kommt zum Schluss, dass bei Syphilis der Stoffwechsel, beurtheilt aus den Daten der klinischen Harnanalyse sich vom normalen hauptsächlich durch eine herabgesetzte Oxydation der stickstoffhaltigen Bestandtheile unterscheidet. Eine nähere Untersuchung der intermediären, stickstoffhaltigen Basen des Harnes (Kreatinine, Xanthine und eventuell Ptomaine) ist in Angriff genommen. Bei Thieren (Affe, Hund, Pferd, Schwein) ist die Energie der Oxydation der N-haltigen Substanzen bedeutender als beim Menschen und dieser Umstand dürfte zur Erklärung der Immunität genannter Thiere gegen Syphilis dienen.

Es werden vom Vortragenden in Gemeinschaft mit Prof. Anrep Impfungsversuche der Syphilis an Thieren gemacht, bei denen eine künstliche Herabsetzung der Oxydationsvorgänge im Organismus hervorgerufen worden ist.

4. Ferner berichtet Prof. Poehl über «eine genaue quantitative Methode» der Quecksilberbestimmung im Harne, die im Wesentlichen auf Anwendung der Electrolyse beruht, wobei die Ausscheidung des Quecksilbers auf als Kathode dienenden dünnen Goldblech mit grosser Oberfläche erfolgt.

Beide Mittheilungen sind zum Druck in der St. Petersburger medic. Wochenschrift bestimmt.

5. Dr. Petersen demonstrirt folgende pathalog.-anatomische Präparate:

1) Eine «amyloid degenerirte Leber» von bedeutenden Dimensionen (42 — 20/18 — 16 Ctm.) im Gewicht von 19½ Pfd. Dieselbe entstammt einem 13-jährigen an Spondylitis purulenta verstorbenen Knaben. Die gleichzeitig amyloide Milz (21—10—6 Ctm.) ist ebenfalls auffallend gross.

2) Ein «Carcinoma oesophagi», dadurch bemerkenswerth, dass die untere Hälfte der Speiseröhre von c. 15 kleineren und grösseren Knoten vollkommen ausgefüllt ist und doch hat Pat. bis zuletzt flüssige Speise zu sich nehmen können.

3) Eine Reihe von «submucösen Fibromyomen im corpus uteri», Ein ca. hühnereigrosser Knoten ist carcinomatös degenerirt. Gleichzeitig bedeutend zerfallenes Carcinoma colli uteri.

(Dieses Präparat war seit 2 Tagen in reinem Petroleum aufbewahrt, wobei die Farben völlig erhalten). Secretair Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Die St. Petersburger (russ.) medicinische Gesellschaft hat ebenso wie die bereits früher namhaft gemachten hiesigen medicinischen Vereine Dr. Dreypölcher ihre Theilnahme anlässlich des über ihn verhängten gerichtlichen Urtheils ausgedrückt.

— Wie uns mitgetheilt wird, hat der Vertheidiger des Dr. Dreypölcher, der vereidigte Rechtsanwalt Gherhard, beim Dirigirenden Senat ein Gesuch um Cassation des über seinen Clienten verhängten Urtheils eingereicht. Von dem verurtheilten Feldscheer Jermolowitsch ist ein gleiches Gesuch beim Senat eingereicht worden.

— In der *Jahresversammlung der St. Petersburger gynäkologischen Gesellschaft* wurde der bisherige Präsident derselben, Prof. Krassowski, welcher auf Grund der Statutenbestimmung von diesem Amte zurücktrat, zum ersten Ehrenmitgliede der Gesellschaft gewählt. Der neugewählte Vorstand der genannten Gesellschaft besteht jetzt aus Prof. Sslawjanski (Präsident), Dr. J. Tarnowski (Vicepräsident), Docent Dr. Smolski (Secretär), Dr. Strawinski (Cassirer) und Dr. Danilowitsch (Bibliothekar).

— Nach dem von Dr. Rosenbach in der *Jahresversammlung der hiesigen psychiatrischen Gesellschaft* abgestatteten Jahresbericht beträgt die Zahl der Mitglieder derselben gegenwärtig 104, von denen 3 Ehren-, 69 wirkliche, 3 berathende und 29 correspondirende Mitglieder sind. Die Gesellschaft hat im Jahre 1887 8 Sitzungen abgehalten, in denen 19 wissenschaftliche Vorträge gehalten wurden. Sämmtliche vorjährige Glieder des Büreaus wurden für das Jahr 1888 wiedergewählt.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 14. Februar d. J. 6607 (28 mehr als in der Vorwoche), darunter 581 Typhus- (29 weniger), 849 Syphilis- (7 weniger), 62 Scharlach- (2 weniger), 22 Diphtherie- (7 weniger als in der Vorwoche) und 6 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— Auf den durch Prof. Runge's Abgang erledigten Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Dorpat ist nun, nachdem Dr. Wyder (Berlin) abgelehnt hat, Prof. Dr. Küstner aus Halle berufen worden.

— Prof. Quincke in Kiel hat die an ihn ergangene Berufung auf den Lehrstuhl der internen Klinik an der Universität Königsberg nicht angenommen. In Folge dessen ist Prof. Strümpel (ein Sohn des früheren Dorpater Professors der Philosophie) aus Erlangen berufen worden.

— Stabsarzt Dr. Bernhard Fischer, bekannt durch seine Reise mit Prof. Rob. Koch nach Indien und Egypten behufs Studiums der Cholera, hat sich als Privatdocent für Bacteriologie an der Kieler Universität habilitirt.

— Der berühmte Physiolog und Altmeister der Ophthalmologen, Prof. Donders in Utrecht, beging vor Kurzem sein *40-jähriges Professoren-Jubiläum*. Der Jubilar, welcher bereits 79 Jahre zählt, wird auf dem in diesem Jahre in Heidelberg stattfindenden

25-jährigen Jubiläum der deutschen Gesellschaft für Augenheilkunde als *Ehrenpräsident* fungiren.

— *Ernannt*: Der Oberarzt der Mjassnitzkischen Abtheilung des Arbeiterhospitals in Moskau, Dr. Pospelow, zum ausseretatmässigen ausserord. Professor für Syphilis und Hautkrankheiten an der Moskauer Universität; der Privatdocent der Kasanschen Universität Dr. Boldyrew — zum ausserord. Professor der allgemeinen Therapie an dieser Universität; der Flaggmannarzt der Baltischen Flotte, wirkl. Staatsrath Dr. Smirnow — zum Flaggmannarzt der Escadre im Stillen Ocean.

— *Verstorben*: 1) Am 15. Januar in St. Petersburg der frühere Oberarzt des Kürassierregiments Sr. Majestät des Kaisers, Dr. Wsewolodow, im 68. Lebensjahre. Der Verstorbene gab schon i. J. 1881 wegen Krankheit seinen Dienst auf. 2) Der Landschaftsarzt des Mamadyschschen Kreises (Gouv. Kasan), Natschewitsch, an der Schwindsucht. Trotz 10-jähriger Praxis als Landschaftsarzt hat N. seine Frau mit 4 unmündigen Kindern ohne alle Existenzmittel hinterlassen. 3) Der Oberarzt des örtlichen Militärlazareths in *Kolywan*, F. Andrejew. 4) Der Oberarzt der 5. Reserve-Artillerie-Brigade, J. Koltypin.

— Die St. Petersburger städtische Hospital-Commission hat einen *Concurs* ausgeschrieben *zur Besetzung des neucreirten Amtes eines Docenten* an der Suworow-Schule, welche bei dem städtischen Kalinkin-Hospital für den Unterricht von Hebammen in der Diagnostik und Behandlung venerischer Krankheiten der Frauen und Kinder eingerichtet ist. Der Docent ist verpflichtet im Laufe des Lehrjahres einen theoretischen und praktischen Cursus über Hautkrankheiten für Hebammen zu leiten. Zu den praktischen Beschäftigungen wird ihm eine Abtheilung des Hospitals (mit c. 50 Betten) zur Verfügung gestellt, welche er mit den Rechten und Pflichten eines älteren Ordinators leitet. Von den Dejouren im Hospital ist er befreit. Der sich zu diesem Amte meldende Candidat muss den Grad eines Doctors der Medicin haben und den Nachweis liefern, dass er sich im Laufe dreier Jahre praktisch mit dem Studium der Hautkrankheiten in Kliniken oder Hospitälern beschäftigt hat. Ferner muss er der Commission seine gedruckten Arbeiten vorstellen und zugleich das Programm eines Lehrcursus über Hautkrankheiten für Hebammen. Endlich muss der Candidat im Beisein einer besonderen, von der Hospital-Commission ernannten, Concurs-Commission 2 Vorlesungen mit Demonstrationen an Kranken halten, von denen der eine von ihm selbst ausgewählt wird, der andere aber von der Commission bestimmt wird. Der Docent erhält ein Gehalt von 1200 Rbl. für die Vorlesungen und für die Leitung der Hospital-Abtheilung die Gage eines älteren Ordinators im Betrage von 641 Rbl. 28 Kop. Der letzte Termin für die Anmeldung und die Vorstellung sämmtlicher Documente und Arbeiten ist auf den *30. April 1888* festgesetzt worden. Die Eingaben sind auf den Namen des Vorsitzenden der städtischen Hospital-Commission, Wladimir Alexandrowitsch Ratkow-Roshnow, zu machen und bei der Commission, welche ihren Sitz im Gebäude der St. Petersburger Stadtduma hat, einzureichen.

— Unsere Stadtduma hat im Widerspruch mit der Meinung des Präses der städtischen Finanzcommission, P. Durnowo, dem hiesigen Marien-Gebärhause eine Unterstützung von 1200 Rbl. und dem Gebärasyl der Gesellschaft „Mariä Schutz" im Hafen eine Subsidie im Betrage von 1800 Rbl. für das Jahr 1888 bewilligt.

— Dr. Schischkin theilt dem „Wratsch" nachstehende Facta zur Statistik der Tollwuth in Folge von Bisswunden durch Wölfe mit. In der Nacht vom 7. auf den 8. December a. p. wurden in der Stanitza Ssaratow des Kuban-Gebietes von einem tollen Hunde gebissen *Nikita Sspaschko*, 55 Jahr alt, (tiefe Bisswunden an der rechten Hand), *Jakow Jefimenko*, 45 J. a., (Bisse an dem linken Handgelenk und an der rechten Wange) und *Sylvester Jaroschew*, 48 J. a. (aus der Oberlippe wurde ein ganzes Stück herausgerissen). Am 8. December wurden die Gebissenen in das Pssekupsche Hospital abgefertigt, wo ihnen eine Schwitzcur verordnet wurde, doch schon am 10. December verliessen sie das Hospital. Am 25. December wurden die Gebissenen vom Chef des Bezirks nach Charkow abgefertigt, wo jedem von ihnen im Verlaufe von 9 Tagen 17 Pasteur'sche Präventivimpfungen gemacht wurden. Am 15. Januar d. J. erkrankte *Jefimenko* an der Tollwuth, am 17. wurde er wieder in's Hospital abgefertigt, wo er am 19. starb. Bei der Section wurde ausser Hyperämie des Gehirns nichts gefunden. Von den beiden andern Gebissenen hat Dr. Sch. keine sicheren Nachrichten, doch soll einem Gerüchte zufolge auch *Sspaschko* erkrankt sein.

— Die *II. Versammlung der deutschen anatomischen Gesellschaft* findet zu Pfingsten in Würzburg statt. Mit derselben wird eine *Ausstellung* aller zu den anatomischen Wissenschaften in Beziehung stehenden Apparate verbunden sein. Anmeldungen von Apparaten, die für die Ausstellung sich eignen, sind baldmöglichst an Prof. Stöhr in Würzburg zu richten.

— In Paris ist eine Gesellschaft in der Bildung begriffen, welche sich die *Unterstützung der Familien von Aerzten, die ihrem Berufe zum Opfer gefallen* sind, zur Aufgabe stellt. Die ersten Verhandlungen in dieser Angelegenheit haben unter dem Vorsitz des Directors der „Assistance publique" bereits stattgefunden. Ausser Aerzten haben sich auch Senatoren, Kammerdeputirte und höhere Administrativbeamte an denselben betheiligt.

— Der bekannte Dermatolog, Dr. P. Unna in Hamburg, wird von Anfang April an halbjährliche *Curse über die gesammte Histologie, Bacteriologie, Diagnostik und Therapie der Hautkrankheiten* abhalten. In 1 bis 2 Semestern hofft U. fertige praktische Aerzte durch Anleitung in histologischen und bacteriologischen Arbeiten und durch Verwerthung des reichen Materials seiner Klinik und Poliklinik in Hamburg zu tüchtigen Specialisten in der Dermatologie heranzubilden.

— Aus *London* wird folgender Fall von *Leichenschändung aus wissenschaftlichem Interesse* mitgetheilt: Daselbst starb kürzlich ein sehr reicher Kaufmann und der denselben behandelt habende *Arzt* sagte der hinterbliebenen Wittwe, es wäre von höchstem Interesse, wenn sie gestatten würde, dass man den Leichnam secire, indem ihr Gatte genau dieselbe Krankheit gehabt, an welcher der deutsche Kronprinz leidet. Da die Wittwe hiervon aber nichts wissen wollte, traf der Doctor ein Uebereinkommen mit den Todtenwächtern, drang mit seinen Assistenten Nachts in das Sterbehaus, schnitt der Leiche den Hals ab und flüchtete. Auf die Anzeige der auf's Höchste indignirten Familie sind bereits mehrere Verhaftungen vorgenommen worden. (Allg. med. Ctrl.-Ztg.)

— Liebreich, *Vorschrift für Milchgelée*. Es wird 1 Liter Milch auf Pfd. j. Zucker gut durchgekocht und circa 5—10 Minuten im Kochen erhalten. Man *kühlt* dann diese Lösung *stark* ab und fügt unter *langsamem* Umrühren eine Auflösung von 30 g. Gelatine in einer Tasse Wasser gelöst hinzu; ferner den Saft von 4 (oder 3 grossen) Citronen und 3 Weinglas voll guten Weissweins. Man füllt dann in Gläser, die kalt gehalten werden müssen. Wesentlich hierbei ist, dass die Zuthaten zur *stark abgekühlten* Milch zugesetzt werden. Die Citronenschalen können auch am Zucker abgerieben werden. (Therap. Monatsh. № 1). Hz.

— Liebreich empfiehlt das in Wasser unlösliche Lithium carbonicum mit künstlichem kohlensaurem Selters- oder Sodawasser zu verordnen, etwa Lithii carbonici 2,5, Sacchari albi 50,0. M. f. pulv. D. in scatula. Eine Messerspitze voll (1,0—1,5) in einem Weinglase voll künstlichem Selterswasser aufzulösen. (Therap. Monatsh. № 1). Hz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 7. bis 13. Febr. 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
334	265	599	128	49	89	14	5	18	89	47	46	48	36	23	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 9, Diphtherie 18, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 116, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 77, Todtgeborene 25.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren		Todtgeboren	Gestorben	
			Summa	Auf 1000 Einw.		Summa	Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	29. Jan.-4. Febr.	2688	32,1	—	1894	23,1
Paris	2 260 945	29. Jan.-4. Febr.	1221	28,0	98	1187	27,6
Brüssel	177 568	22.—28. Januar	88	25,7	12	119	34,8
Stockholm	216 807	22.—28. Januar	133	31,8	3	108	25,9
Kopenhagen	290 000	1.—7 Febr.	211	37,8	4	134	24,0
Berlin	1 141 980	29. Jan.-4. Febr.	930	42,3	32	585	21,5
Wien	800 836	29. Jan.-4. Febr.	552	37,5	26	412	26,7
Pest	442 787	22.—28. Januar	348	40,9	19	284	33,4
Warschau	439 174	22.—28. Januar	336	39,8	20	215	25,5
Odessa	268 000	29. Jan.-4. Febr.	—	—	7	132	25,6
St. Petersburg	**861 303**	**5.—11. Febr.**	**691**	**41,7**	**32**	**554**	**33,4**

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. März 1888.

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März 1888.

Дозв. ценз. Спб. 19 Февраля 1888 г. Herausgeber Dr. L. v. Holst. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

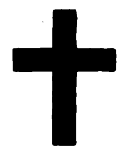
Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dr. TH. v. SCHRÖDER,

Dorpat. St. Petersburg.

№ 9. St. Petersburg, 27. Februar (10. März) 1888.



Dr. Leopold von Holst.

Am 23. Februar schied aus diesem Leben und aus unserer Mitte in Leopold von Holst eine Persönlichkeit, die eine schmerzlich empfundene Lücke in der Reihe aller derer hinterlässt, die mit ihm in Beziehung gestanden haben. Es war eine bewährte und hochgeschätzte Arbeitskraft, welcher die hiesigen ärztlichen Kreise und auch diese Wochenschrift Vieles und Tüchtiges verdanken, — Vieles und Tüchtiges, das sein Andenken werth und theuer erhalten wird.

Holst ist geboren in Fellin am 12. Januar 1834, wo sein Vater lange Jahre als Prediger segensreich gewirkt hat. Den ersten Unterricht genoss der Verstorbene in seiner Vaterstadt, in der unter Leitung seines Schwagers, des bekannten Pädagogen Schmidt, stehenden Erziehungsanstalt. Der Einfluss des hochbegabten Vaters sowohl, als auch der des tüchtigen und allgemein geschätzten Director Schmidt ist für den Knaben und Jüngling von hoher Bedeutung gewesen und hat seiner Entwicklung die Richtung gegeben, die ihn später befähigte in jeder Stellung auch den strengsten Anforderungen in Charakterfestigkeit und Leistungsfähigkeit Genüge zu leisten. Nachdem Holst von 1851—55 in Dorpat Medicin studirt hatte, absolvirte er 1856 sein Studium als Dr. med. In seiner Studienzeit gehörte er der Livonia an und hat bis zuletzt ein warmes Herz bewahrt für seine Corporation, in der er mehrere Chargen bekleidete und auch Senior war. Nachdem er stellvertretender Kreisarzt in Wolmar, dann Kirchspielsarzt in Helmet gewesen, fungirte er 1859—61 als Assistent der geburtshülflichen Klinik in Dorpat und trat dann als Marinearzt der ersten Flottequipage in Kronstadt in den Staatsdienst. Von 1861—64 machte er an Bord der Fregatte «Osljäba» eine Expedition in die Westeuropäischen und Mittelmeerhäfen, sowie nach Nordamerika mit, überall mit offenem Auge und kritischem Geist bemüht seine Kenntnisse zu erweitern. Im Herbst 1864 wurde er behufs weiterer Ausbildung auf Kosten der Krone in's Ausland geschickt und studirte successive in Würzburg, Prag, Wien, Berlin, Erlangen und Zürich. In Holland beschäftigte er sich mit dem Studium der dortigen Marineetablissements, in London mit den Hospitalseinrichtungen und kehrte 1867 nach Petersburg zurück, wo er zunächst als Arzt an mehreren Fabriken in der Nähe der Stadt eine Anstellung annahm. Im Herbst 1878 folgte er einer Berufung als Ordinator am Evangelischen Hospital und besorgte bis zum Frühling 1885 noch neben seiner Arbeit in der gen. Anstalt seine Fabrikspitäler. 1885 im Frühling gab er seine Thätigkeit am Evangelischen Hospital zum grossen Bedauern des Vorstandes desselben wieder auf, um wieder an den Schlüsselburger Weg hinauszuziehen und sich seiner früheren Arbeit an den Fabrikhospitälern ausschliesslich zu widmen. Dies in gedrängter Kürze der äussere Lebensgang des Mannes, an dessen Sarge ausser der Wittwe und den Kindern die Freunde und Collegen in schmerzlicher Trauer stehen.

Ausgestattet mit reichem Wissen und einem scharfen und kritischen Verstande, voll Hingebung an seinen Beruf, hat Holst mit eisernem Fleisse gearbeitet, um als Diagnost und Therapeut dem Leidenden Hülfe zu bringen. Seine Arbeit war nicht vergeblich. Mit peinlicher Genauigkeit verstand er zu untersuchen, mit Schärfe und Klarheit zu diagnosticiren, mit Humanität zu behandeln. Zahlreiche Mittheilungen im Kreise der Collegen, mancherlei Aufsätze in den Spalten dieser Zeitschrift legen bleibendes Zeugniss dafür ab, dass er zu arbeiten verstand und dass sein Arbeiten nicht blos seinen Patienten, sondern auch seinen Fachgenossen zu Gute kam. Seine Ausdrucksweise in Wort und Schrift war präcise und klar, und stets wusste er eine Sache, die er ein Mal in die Hand genommen, sicher in die rechte Bahn zu führen. Seine Bemühungen um das Gedeihen dieser Zeitschrift sind in frischer und dankbarer Erinnerung aller Betheiligten.

Schon seit Jahren war Holst's Gesundheit erschüttert; er litt an Emphysem mit hartnäckigem Bronchialcatarrh, hatte wiederholte Anfälle von Gicht überstanden, und ausgeprägte allgemeine Arteriosclerose hatte die Widerstandsfähigkeit seines Organismus untergraben. Durch eine unbedeutende Hautverletzung der linken Hand trat eine Wundinfection ein gelegentlich der Untersuchung einer mit brandigem Erysipel behafteten Kranken; am Sonntag den 31. Januar trat der erste Schüttelfrost auf, mit dem die Pyämie einsetzte, und am 23. Februar Abends verschied er nach qualvollem Leiden, trotz hingebender treuer Pflege.

Ein warmes Herz für Recht und Wahrheit, mannhafter Muth in der Vertretung seiner Ueberzeugung, Treue und Zuverlässigkeit in seinem Beruf und im Verkehr mit seinen Freunden und Fachgenossen, das sind die hervorragenden Züge, die den zu früh Geschiedenen auszeichneten, und die seinen Verlust für die Ueberlebenden zu einem unersetzlichen machen. Friede seiner Asche!

Ueber die klinische Mikroskopie und Bacteriologie der Actinomycosis.

(Vorlesung, gehalten für den ärztlichen Cursus im klinischen-Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna).

Von

Prof. M. I. Afanassjew.

Bevor wir über die klinische Mikroskopie und Bacteriologie der Actinomycosis sprechen, ist es nothwendig, wenigstens einige Worte von dieser ansteckenden Krankheit im Allgemeinen zu sagen, von ihrer Geschichte, von den verschiedenen klinischen Formen, in denen sie auftritt u. s. w. Der Grund dafür ist natürlich der, dass die genannte Krankheit, allgemein gesagt, noch wenig studirt und vielen Aerzten daher fast unbekannt ist.

Die *Actinomycosis* ist eine *ansteckende Krankheit*, welche durch das Eindringen eines besonderen niederen pflanzlichen Parasiten in den Körper bedingt ist; derselbe ist in der Literatur unter der Bezeichnung *Strahlenpilz — Actinomyces* bekannt. Der pathologische Anatom Bollinger[1]), Professor der Münchener Universität, war der erste, welcher im Jahre 1877 diesen Parasiten entdeckte und seine pflanzliche Natur beim Rindvieh feststellte, bei welchem er, besonders in den Kinnbacken, Geschwülste hervorruft, die bei den Veterinären unter dem Namen Knochensarcom, Knochenkrebs, Scrophulose der Knochen etc. bekannt sind. Diese Geschwülste, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung als Granulationsgeschwülste erwiesen, erscheinen beim Durchschneiden ziemlich fest, von weisslicher Farbe, schliessen stellenweise aber kleine Nester von gelblicher Farbe ein, wie kleine Abscesschen.

Aus dem Inhalt dieser Nester konnte man durch Abschaben besondere Körnchen erhalten, von gelblicher Farbe und von Hanfkorngrösse, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung als sehr verschiedenartig geformt erwiesen, in jedem Falle aber aus pflanzlichen Fäden, verschiedenen keulenförmigen Verdickungen u. s. w. bestanden. Um genauer die Classe oder Art, zu welcher diese Pflanze gehörte, zu bestimmen, wandte sich Prof. Bollinger an den Botaniker Prof. Harz, welcher nach sorgfältiger Kenntnissnahme des gegebenen Objectes diesen Parasiten als zur Gruppe der *Schimmelpilze* gehörig bestimmte.

Im Jahre 1878 beschrieb James Israel[2]), Oberarzt des israelitischen Krankenhauses in Berlin, zwei Fälle besonderer Pilzkrankheiten beim Menschen, welche unter dem Bilde einer chronischen Pyämie verliefen und sich durch die Eigenthümlichkeit auszeichneten, dass man im Eiter der zahlreichen Abscesse sowohl während des Lebens, als auch nach dem Tode der Kranken besondere gelbliche Körnchen finden konnte, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als pflanzlicher Parasit entpuppten. Dieser Parasit wurde von Israel, auf Vorschlag des bekannten Botanikers Ferd. Cohn, der Gruppe *Streptothrix Försteri* zugezählt. Aus dem Aufsatz von Israel ersehen wir, dass der bekannte Chirurg v. Langenbeck schon im Jahre 1845 im Eiter eben solche räthselhafte pflanzliche Bildungen in Form von Körnern beobachtete.

Im Jahre 1879 beschrieb Ponfick[3]), pathologischer Anatom der Breslauer Universität einen Fall einer besonderen Erkrankung von *phlegmonöser Entzündung um die Wirbelsäule*, welche sich augenscheinlich im Anschluss an eine Erkrankung der Lunge entwickelt hatte, und durch die Besonderheit ausgezeichnet war, dass im Eiter Körnchen oder Drüsen eines Pilzes gefunden wurden, welcher vollständig identisch mit dem von Bollinger beim Rindvieh gefundenen war. Auf Grund dieses Falles, und Vergleichung desselben mit den Bollinger'schen bei Thieren beobachteten einerseits, und mit den Fällen von Langenbeck und Israel am Menschen andererseits, kam Ponfick zu der Ueberzeugung, dass alle diese Erkrankungen, obgleich sie dem klinischen Bilde nach verschieden sind, doch nichts Anderes sind, als verschiedenartige Formen einer und derselben Erkrankung, welche durch den Pilz Actinomyces hervorgerufen wird.

Nach diesen eben angeführten Untersuchungen folgte eine ganze Reihe von Beschreibungen von Actinomycose beim Menschen zuerst von denselben Israel[4]) und Ponfick[5]), dann von Rosenbach[6]), Partsch[7]), Weigert[8]), Moosdorf und Birch-Hirschfeld[9]), Kundrat[10]), Zemann[11]), Chiari[12]), Middeldorpf[13]), Firket[14]) und vielen Anderen. Der letzte Autor wies unter Anderem darauf hin, dass Lebert schon im Jahre 1857, also 20 Jahre vor Bollinger, den Pilz der Actinomycose im Eiter von Menschen beschrieben und eine sehr gute Zeichnung desselben in seiner pathologischen Anatomie gegeben hat. (Traité d'anatomie pathologique, t. I, pag. 54, die Zeichnung im Atlas, t. I, Taf. II, Fig. 16). Die pflanzliche Natur dieses Parasiten hat Lebert übrigens nicht erkannt.

Bei weiterer Bekanntschaft mit dem vorliegenden Thema erwies es sich, dass dieser Pilz auch beim Rindvieh mehrfach beobachtet und von verschiedenen Forschern beschrieben worden ist (S. Rivolta[15]) 1868 und 1875 und Perroncito[16]), besonders in sarcomatösen Geschwülsten der Kiefer, doch wurde die wahre Natur des Pilzes gewöhnlich nicht erkannt. Meist wurde er den Krystallen zugezählt, hauptsächlich deshalb, weil dieser Pilz nicht selten verkalkt.

In den letzten Jahren (1883—1887) wächst die Anzahl der veröffentlichten Fälle von Actinomycosis beim Menschen beständig, so dass wir augenblicklich schon mehr als 100 Fälle kennen. Besonders interessant sind die Fälle von Soltmann[17]), Canali[18]), Paltauf[19]), Conti[20]), Moosbrugger[21]) an Menschen, und von Jensen[22]) und Johne[23]) an Thieren. Augenblicklich besitzen wir schon einige recht gute Monographien über Actinomycose von: Ponfick, Israel, Moosbrugger, Marchand[24]), Firket und Anderen.

Wenn man die über unseren Gegenstand vorhandene Literatur durchsieht, so erweist es sich, dass die Infection des Organismus durch den uns interessirenden Parasiten von verschiedenen Körperstellen aus erfolgte, und dass in Folge dessen das *klinische Bild der Erkrankung* ausserordentlich wechselnd ist. Aber dennoch kann man alle bekannten klinischen Formen dieser Infectionskrankheit in folgende 3 grosse Gruppen theilen: I. Gruppe der Erkrankungen hauptsächlich *um die Kiefer und am Halse*, bedingt durch Eindringen des Parasiten in den Körper auf dem Wege durch cariöse Zähne, Zahnfisteln, Tonsillen, Schleimhaut des Gaumens u. s. w. II. Gruppe von Erkrankungen der *Brustorgane und der Brustwand*, augenscheinlich bedingt durch Eindringen des Parasiten in den Körper durch die gesunde oder vorher schon erkrankte Schleimhaut der Athmungswege, und später sich auf das Brustfell, den Herzbeutel, das peripleurale Bindegewebe etc. ausbreitend; III. Gruppe der Erkrankungen der *Bauchorgane und der Bauchwand*, augenscheinlich bedingt durch Eindringen des Parasiten in die Schleimhaut des Dünn- und Dickdarms, und von dort in die inneren Bauchorgane oder in die Bauchwand.

Jede von den genannten 3 Gruppen von Erkrankungen kann in einigen Fällen und unter einigen Umständen in eine Erkrankungsform übergehen, welche *chronischer Pyämie* sehr ähnlich ist und welche davon abhängt, dass der Parasit

in die Blut- und Lymphgefässe gelangt, durch den ganzen Körper verschleppt wird, in einigen Capillaren stecken bleibt und dort pathologische Veränderungen hervorruft, welche beim Menschen gewöhnlich mit Eiterung endigen.

Ausser den genannten 3 Gruppen von Erkrankungen an Actinomycosis muss man auf Grundlage der Untersuchungen von Johne für die Thiere, vielleicht aber auch für den Menschen, noch eine Gruppe zugeben, wo der Parasit durch äussere Verletzungen, Wunden, — zufällige oder Operationswunden — etc. in den Körper eindringt. Johne[25]) theilt mit, dass es ihm gelungen ist, den Actinomyces im Secret von Samenstrang-Fisteln nach Castration von Pferden zu finden. Die Entstehung dieser Fisteln und ihr Nichtverheilen schreibt Johne gerade dem Strahlenpilz zu. Ferner glauben einige Veterinäre (Saur[26]), dass mechanische Verletzungen auf der Haut des Halses bei Thieren, auf welche zufällig der Pilz geräth, zur Folge haben können, dass in der Nähe dieser Verletzungen actinomycotische Geschwülste auftreten.

Was die erste Gruppe der angeführten actinomycotischen Erkrankungen beim Menschen anbetrifft, so finden sie gewöhnlich im Beginn ihren Ausdruck im Auftreten entzündlicher Geschwülste im Bereiche des Unterkiefers, selten im Bereiche des Oberkiefers. Diese Geschwülste entwickeln sich gewöhnlich sehr langsam (Israel), obgleich in letzter Zeit auch Fälle bekannt wurden (Roser[27]), wo sie sehr schnell entstanden. Diese Geschwülste beginnen während ihres weiteren Bestehens an einzelnen Stellen zu eitern, brechen von selbst auf, oder aber werden geöffnet, wobei man in ihrem Eiter den Parasiten finden kann, in Form von Körnern, die schon makroskopisch sichtbar sind. Nicht selten jedoch verbreitet sich die actinomycotische Erkrankung weiter, bevor es noch zur Eröffnung kam, gerade in der Unterkiefergegend, senkt sich herab auf den Hals, geht einerseits bis zum Kehlkopf, andererseits bis zur Clavicula. An diesen Stellen zeigt sich die Krankheit wieder in Form von Gewächsen, die in der Folge vereitern, sich öffnen und durch Fistelgänge mit einander vereinigen, oder aber in Form einer recht diffusen phlegmonösen Entzündung des Bindegewebes, welche sehr an die Angina Ludovici erinnert. Einigen Autoren zufolge (Roser) stehen einzelne Formen der Angina Ludovici unzweifelhaft in ätiologischer Verbindung mit Actinomycose.

In jenen Fällen, wo der actinomycotische Process im Oberkiefer beginnt, geht er gewöhnlich von hier auf die Wange, die Backen- und Schläfengegend über. In vereinzelten Fällen ging er sogar auf die Schädelbasis über, auf die Wirbelsäule, und zog sich längs der Wirbelsäule bis zum hinteren Mediastinum. In den genannten Gegenden entwickelten sich chronische entzündliche Zustände mit Uebergang in Bindegewebswucherung an einzelnen Stellen, an anderen Stellen aber in Eiterung. Derartige Erkrankungen täuschten in denjenigen Fällen, wo der Process in den Kiefern ausheilte und abgeschlossen war, nicht selten klinisch eine cariöse Erkrankung der Wirbelsäule vor.

In der zweiten Gruppe der actinomycotischen Erkrankungen sehen wir zuerst die klinische Form einer gewöhnlichen chronischen Bronchitis mit Absonderung eiterigen, zuweilen stinkenden Auswurfs, dann sind Fälle von actinomycotischen Bronchopneumonien bekannt, wobei die Gegend der Schalldämpfung und der sonstigen physikalischen Symptome in den Lungen, welche auf die locale Verdichtung des Lungengewebes hinweisen, sich meist in den unteren Lappen befindet, obgleich einige Fälle bekannt sind, wo die actinomycotische Bronchopneumonie den oberen und mittleren Lappen einnahm. Diese actinomycotische Pneumonie zeichnet sich noch dadurch aus, dass sie eine grosse Neigung hat sich von den Lungen auf die benachbarten serösen Häute und besonders auf das Bindegewebe auszubreiten, weshalb schon sehr früh sich zur localen Bronchopneumonie, gewöhnlich des unteren Lappens, locale oder allgemeine Pleuritis der entsprechenden Seite hinzugesellt, und dieselbe bald auf das peripleurale Bindegewebe übergeht, wo die Erkrankung gewöhnlich eitrigen Charakter annimmt und sich dann schnell auf weite Ausdehnung hin verbreitet, sowohl im genannten Bindegewebe, als auch zwischen den Rippen nach aussen dringend in das subcutane Bindegewebe, oder aber sie steigt sogar nach hinten und unten hinab in das subperitonäale Bindegewebe. Das Auftreten schmerzhafter Geschwülste auf der Brust, welche dann vereiterten, oder das Erscheinen verschiedener entzündlicher Schwellungen im subcutanen Bindegewebe der Brust, nachdem pleuritische oder bronchopneumonische Erkrankungen an den entsprechenden Stellen vorhergegangen waren, brachte gewöhnlich die Autoren, welche über die vorliegenden Erkrankungen geschrieben haben, auf den Gedanken, ob es sich nicht in den gegebenen Fällen um Actinomycose der Lungen und der Pleura gehandelt habe, welche später nach aussen vorgedrungen sei. Die Eröffnung der Geschwülste, der phlegmonösen Infiltrate u. s. w. ergab gewöhnlich eine gewisse Quantität Eiter, welcher die Körner der Actinomycose enthielt, wodurch dann die Diagnose bestätigt wurde.

Bei weiterer Sammlung von Fällen von Actinomycosis der Lungen und der Pleura erwies es sich, dass gleichzeitig mit dem Befunde der Körner im Eiter der Abscesse auf der Brust, auch der Nachweis derselben im Auswurf der Kranken gewöhnlich geliefert werden konnte.

Die actinomycotischen Abscesse, die sich auf der Brust entwickeln, breiten sich gewöhnlich zur Wirbelsäule hin aus, und senken sich oft nach abwärts bis zu den Beckenknochen.

Das klinische Bild der actinomycotischen Bronchopneumonie, besonders wenn sie in den oberen Lappen sitzt, ist häufig sehr ähnlich dem Bilde der tuberculösen Bronchopneumonie. Die Kranken husten, fiebern, schwitzen oft des Nachts, sondern eine bedeutende Quantität schleimig-eitrigen oder eitrigen Auswurfs ab, zeitweise mit Blutbeimengungen u. s. w. Tuberkelbacillen findet man in solch' einem Auswurf gewöhnlich nicht, dafür aber in grösserer oder geringerer Menge die Körner der Actinomycose.

Die *dritte Gruppe* der actinomycotischen Erkrankung ist am wenigsten bekannt und studirt. Die Diagnose dieser Erkrankungen wurde nicht selten erst post mortem gestellt. In einem Falle (Chiari[28]) bestand die Erkrankung im Auftreten einzelner Nester oder ganzer Platten auf der Schleimhaut des Dickdarms, welche aus den verschiedenen Theilen des Pilzes bestehen, die in die Schleimhaut eingebettet sind. In den übrigen Fällen von Darm-Actinomycose (Zemann) ging die Erkrankung von der Schleimhaut des Dünndarms, Dickdarms, speciell des Rectums, gewöhnlich auf die Darmwand über, rief in ihr Geschwürsbildung hervor und griff von hier aus, durch Verschleppung, resp. Durchbohrung des Darmes, auf das Bauchfell, oder nach vorheriger Verwachsung auf die Bauchwand über. Dabei entwickelten sich in den Leistengegenden, zuweilen in der Gefässgegend, Geschwülste, die gewöhnlich vereiterten und bei der Eröffnung Eiter lieferten, welcher die Körner der Actinomycosis enthielt.

Die unter dem Bilde chronischer Pyämie verlaufende Actinomycosis unterscheidet sich von derselben nur dadurch, dass das hektische Fieber nicht so deutlich ausgesprochen ist, ferner dadurch, dass die an den verschiedenen Körpertheilen sich entwickelnden Abscesse oft miteinander durch lange, gewundene Fistelgänge in Verbindung stehen.

Was die *pathologische Histologie* der Actinomycose anlangt, so glaubte man früher, auf Grundlage der Untersuchungen Bollinger's und Israel's, dass in dieser Beziehung ein grosser Unterschied besteht zwischen Mensch und Thier. Vor Allem wurde gesagt, dass überall, wo der Strahlenpilz bei Thieren vordringt, sich Granulationsgeschwülste bilden, welche man nach Cohnheim: *Infectiöse Granulationsgeschwülste* nennen sollte. Diese Geschwülste können bei Thieren sehr grossen Umfang bekommen und haben keine Neigung zu zerfallen. Höchstens bilden sich in

ihnen stellenweise kleine Abscesschen. In Betreff des Menschen dachte man aber, dass die unterscheidende Besonderheit im Leben dieses Parasiten im menschlichen Körper die Granulations-Entzündung sei, welche in Eiterung übergehe. Augenblicklich kann man der Meinung sein, besonders auf Grundlage der Untersuchungen von Johne und Moosbrugger, dass der erwähnte Unterschied mehr ein quantitativer, als ein qualitativer ist. Beim Menschen ruft der Strahlenpilz ebenso zuerst die Bildung mehr oder weniger umfangreicher Granulome hervor, doch diese Granulome erweichen bald stellenweise, zerfallen, geben eitrige Flüssigkeit, in welcher Actinomyceskörner schwimmen, — stellenweise erfahren die Granulations-Elemente im Gegentheil weitere Umwandlung und führen zur Bildung eines reichlichen faserigen narbigen Gewebes, wobei der Pilz an den betreffenden Stellen zu Grunde geht. Derart sehen wir bei der actinomycotischen Erkrankung des Menschen gleichzeitig progressive und regressive Erscheinungen. Alle diejenigen Fälle actinomycotischer Erkrankung aber, wo dieselbe den phlegmonösen Charakter mit beständigem und schnellem Uebergang in Eiterung angenommen hat, muss man schon als *Mischinfection* ansehen, d. h. in diesen Fällen hat sich zur actinomycotischen Erkrankung noch eine pyogene Erkrankung hinzugesellt, indem in die Gänge, welche sich gebildet hatten, pyogene Mikroben eingewandert sind. Und in der That, von einigen Autoren wurde in solchen Fällen der *Kettenkokkus der Eiterung* gefunden.

Nun einige Worte über die *Aetiologie der Actinomycose*. Kaum wurde es bekannt, auf Grundlage der Untersuchungen Ponfick's, dass der Mensch durch einen solchen Parasiten erkranken könne, welcher hauptsächlich, und dabei nicht selten, beim Rindvieh gefunden wird, so bildete sich natürlich gleich bei Allen die Meinung, und sie sprachen dieselbe aus, dass der Mensch sich vom Thiere (Rindvieh, Schwein) mit dieser Krankheit inficirt, indem er bei der Pflege desselben in nahe Berührung mit ihm kommt, oder sich von dessen inficirtem Fleische nährt.

Augenblicklich, wo die Zahl der veröffentlichten Fälle von Actinomycosis beträchtlich gewachsen ist, wo bekannt ist, dass der grössere Theil der Kranken seinem Beruf nach in keine nähere Berührung mit Rindvieh und Schweinen gekommen ist und das Fleisch kranker Thiere nicht essen konnte (das bezieht sich nach dem Zeugniss Israels hauptsächlich auf Hebräer, auf Viele seiner Patienten) — augenblicklich, sage ich, glauben viele Autoren (Israel, Moosbrugger u. A.), dass Mensch und Thiere sich mit dem Strahlenpilz aus irgend einer Beiden gemeinsamen Quelle inficiren. Es sind sehr beachtenswerthe Hinweise vorhanden, dass das Rindvieh sich an der oder jener Sorte Stroh inficirt, an einigen Körnerpflanzen, besonders Gerste (Jensen[30]) in Dänemark). Die Gerstenkörner, mit langen scharfen Grannen versehen, verursachen leichte Verletzungen auf der Schleimhaut des Mundes, welche der Einbettung und festen Ansiedlung des Strahlenpilzes Vorschub leisten, der oft auf Gerstenähren, einigen Strohsorten u. s. w. emporwächst.

Mit dieser Thatsache von Jensen stehen die Beobachtungen von Johne[31]) in Uebereinstimmung, der häufig auf den Mandeln der Schweine Grannen von Kornähren, besonders von Gerste, gefunden hat, welche fast in ihrer ganzen Länge mit einer besonderen Art Pilz besetzt waren, der sehr ähnlich, wenn nicht identisch war mit dem Strahlenpilz. Bezüglich des Menschen ist der Fall von Soltmann[32]) bekannt, wo ein Knabe an Actinomycose erkrankte, bald nachdem er eine Aehre Mäusegerste, — eine Art, welche der gewöhnlichen Gerste sehr ähnlich ist — verschluckt hatte. Die Erkrankung zeigte sich unter Anderem auch als Abscess auf der Brust, bei dessen Eröffnung im Eiter ausser den Körnern der Actinomycosis, auch unbedeutende Reste der verschluckten Aehre gefunden wurden.

So beginnt die Aetiologie der Actinomycosis auf Grundlage der oben angeführten Thatsachen sich auf solider Grundlage aufzubauen. (Schluss folgt).

Referate.

Ernest Laplace: Saure Sublimat-Lösung als desinficirendes Mittel und ihre Verwendung in Verbandstoffen. (Deutsche med. W. 1887. № 40).

In letzter Zeit sind wiederholt Thatsachen bekannt geworden, welche ein weniger günstiges Urtheil aber die allgemein verbreiteten Sublimatverbände involviren, als man es bisher zu fällen gewohnt war. Um die Ursachen dieser Facta zu ergründen, unternahm Verf. unter Leitung von R. Koch eine Reihe von Untersuchungen zur Beantwortung der Fragen, ob die zur Zeit in der chirurgischen Praxis üblichen Sublimatverbände keimfrei, *aseptisch*; und 2) ob dieselben auch keimtötend oder wenigstens keimwidrig, *antiseptisch* seien. Es zeigte sich bald, dass dieselben bei guter Zubereitung das erste Prädicat voll und ganz verdienen, dass sie aber, wenn einmal von Wundsecreten durchtränkt, eine Entwickelung von Keimen in denselben nicht verhindern können. Es beruht dies augenscheinlich auf dem hohen Eiweissgehalt dieser Flüssigkeiten, durch welchen das Sublimat der Verbandstoffe in unlösliche und darum auch unwirksame Verbindungen übergeführt wird. Diesen Uebelstand zu beseitigen gelang durch Zusatz eines passenden Quantums von Salz- oder Weinsäure zur Lösung, wobei übrigens letztere entschieden den Vorzug verdient. — Die Weinsäure-Sublimatlösung empfiehlt sich durch folgende Umstände: 1) Eine irgend erhebliche Vertheuerung der Sublimatlösung findet nicht statt. 2) In der saueren Flüssigkeit löst sich das Sublimat erheblich besser als in Wasser (oder richtiger, es findet keine Umsetzung desselben in unlösliches Tetraoxychlorid statt, wie sonst bei hartem Wasser unvermeidlich. Ref.). Die Weinsäure bewirkt keine Zerstörung des Gewebes der Verbandstoffe, wie die Salzsäure, und verflüchtigt sich auch nicht mit der Zeit, wie diese. 4) Das Sublimat entfaltet in Folge des Säurezusatzes auch in eiweisshaltigen Flüssigkeiten seine volle Wirksamkeit und man erhält daher sowohl bei Laboratoriumversuchen, als in der Praxis erheblich bessere Resultate, als mit den gewöhnlich gebrauchten antiseptischen Mitteln. So wurde z. B. bei einem Falle von Periproctitis der Abscess geöffnet, die Wundhöhle ausgewaschen und ein Tampon, mit der Lösung durchtränkt, eingeführt. Nach 6 Tagen war die Wunde ohne weitere Eiterung geheilt. *Der Verband war steril.* 5) Die Wunden werden durch Lösung und Verbandstoffe nicht gereizt. 6) Der Weinsäure-Sublimatverband beschränkt in keiner Weise die sonst in der chirurgischen Praxis üblichen Massregeln, den Gebrauch der Caustica, des Jodoforms etc. — Die vom Verf. als Wundwasser gebrauchte Lösung enthielt 1,0 Sublimat und 5,0 Weinsäure auf 1000,0 Wasser. Zur Zubereitung der Verbandstoffe bediente er sich einer Lösung von 5,0 Sublimat und 20,0 Acid. tartaric. auf 1000,0 Wasser, und zwar indem er entfettete neutrale Watte etc. etwa 2 Stunden in dieser Lösung liess, dann ausdrückte und trocknete. G.

H. Curschmann: Einige Bemerkungen zur Behandlung des durch acuten Darmverschluss bedingten Ileus. (D. med. W. 1887. № 21).

Auf zwei Methoden macht C. aufmerksam, die ihm in manchen Fällen gute Dienste geleistet haben, und die er daher empfiehlt, um so mehr, als sie ungefährliche Eingriffe darstellen. Die erste ist die Punction des oberhalb befindlichen stark geblähten Darmes mit langer Pravaz'scher Nadel, die zweite ist Lufteinpumpung ins Rectum, — anstatt des Einfliessenlassens von Wasser — wenn das Hinderniss tief unten sitzt. Bei der Lufteinpumpung schaltet er noch ein Rohr in den luftführenden Gummischlauch, welches es ermöglicht jederzeit die ins Rectum gepumpte Luft wieder abströmen zu lassen. Den anderen Methoden will C. dabei nicht zu nahe treten.

Max Schmidt.

E. Bull: Ueber Magenhusten. (Klinisk Arbog III. Nordiskt med. Arkiv XIX).

Verf. bespricht die wichtigsten Angaben der Literatur über Magenhusten. Da aus diesen hervorgeht, dass unter normalen Verhältnissen Husten durch Reflex vom Magen aus nicht hervorgebracht werden kann, nimmt er an, dass bei einzelnen Individuen sehr gut eine Veränderung der Innervation denkbar sei, wodurch eine derartige Reflexwirkung möglich wird. Zur näheren Beleuchtung dieser Frage theilt er folgende Krankengeschichten mit: Bei einer 24-jährigen Magd, die lange Jahre an chlorotischen und dyspeptischen Beschwerden gelitten hatte, trat ziemlich plötzlich ein eigenthümlicher, äusserst heftiger und anhaltender trockener Husten auf. Druck auf die Cardia verstärkte den Husten auffallend, während Druck an allen übrigen Körperstellen ohne jeglichen Einfluss war. Untersuchung der Lungen ergab freilich geringere Sonorität, etwas rauhe Inspiration und etwas verlängerte Exspiration in der rechten Fossa supraclavicularis, aber keine Rasselgeräusche; Untersuchung des Pharynx, Larynx und der Genitalien gab ein negatives Resultat; im linken Trommelfell fand sich eine kleine Oeffnung, aber kein Sekret; Untersuchung der Ohren rief keinen Husten hervor. Energische Anwendung von Narcoticis half nichts; als aber Pat. auf absolute Diät gesetzt wurde bei Ord. von 3 Grm. Subnitras bismuthi 4 mal täglich, nahm der Husten schon nach dem ersten Pulver beträchtlich ab und verschwand in den folgenden Tagen ganz. Als Pat. begann aufrecht zu sitzen, traten heftige Schmerzen in der Cardia auf, etwas Bluterbrechen und derselbe heftige Husten; um bei Wiederholung

der Behandlung wieder zu schwinden. Pat. wurde als geheilt entlassen, musste aber nach 3 Tagen wieder aufgenommen werden, da der Husten sich wieder eingestellt hatte. Es wurde nun künstliche Fütterung, Milch und Fleischpulver, vermittelst der Sonde vorgenommen, worauf der Husten schwand, um nicht mehr wiederzukehren. Verf. hält den Magen, als einzig erkranktes Organ für den Sitz des Leidens. Buch (Willmanstrand).

Max Sänger: Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung. (Volkmann's Samml. klin. Vortr. № 301. 1887).

Verfasser bespricht in historischer Reihenfolge verschiedene Lappenmethoden der Perioneoplastik d. h. solche Operationsverfahren, die ein Wegschneiden von Gewebe ausschliessen. Die meisten von ihnen sind so complicirt, dass sie für die Praxis keine Bedeutung haben. Etwas anderes ist es mit der Methode von Lawson Tait, welche sich übrigens eng an das Verfahren von Simpson anschliesst, nur sehr viel einfacher ist. Verfasser erläutert die Methode durch Zeichnungen und Erklärungen dazu; Ref. möchte es versuchen auch ohne Zeichnungen eine richtige Vorstellung derselben zu erwecken. Denken wir uns eine mit inkompletem Dammriss behaftete Frau auf dem Operationstisch in üblicher Weise (Steiss-Rückenlage) gelagert; zieht man nun den hinteren (unteren) Theil der Vulva in der Richtung gegen die Tubera Ischii nach beiden Seiten auseinander, so wird der noch erhaltene Damm breitgezogen, die Vulva gespreizt und die hintere Vaginalwand hoch hinauf frei gelegt, letzteres besonders, wenn man einen angeseilten Tampon ins Rectum geschoben hatte. Man sucht sich nun die hintere Commissur auf d. h. die Grenze zwischen Dammhaut und Vaginalschleimhaut bzgw. Narbengewebe und sticht nun die Spitze des unteren Blattes einer horizontal gehaltenen Scheere in der Medianlinie (des Körpers) zwischen hinterer Commissur und Analrand die Mitte haltend c. 1,5 Cm. ein und schneidet, ohne die Vaginal- oder auch Rectalschleimhaut durch Durchstich zu verletzen, in horizontalem Sinne das Septum recto-vaginale zuerst nach links hin, dann unter Wendung der Scheere nach rechts hin auseinander. Die Endpuncte dieser transversalen c. 3,5—4 Cm. langen Schnittwunde werden bestimmt durch zwei vertikale Linien, welche man sich ein wenig nach aussen von der Vereinigung der kleinen mit den grossen Schamlippen (Labio-nymphalgrenze) nach abwärts gezogen denkt. Im Resultat ist die Scheidewand zwischen Vagina und Rectum bis zu einer gewissen Höhe in zwei gleich dicke Lamellen zerlegt und gleichsam noch eine dritte Tasche zwischen Vagina und Rectum angelegt. In der Richtung der oben beschriebenen vertikalen Linien wird nun der vaginale Lappen gebildet; man schneidet mit vertikal gehaltener Scheere von den Endpuncten des Dammquerschnitts nach vorn in der Regel bis zur Stelle, wo die kleinen Schamlippen in die grossen auslaufen. Die Länge der vertikalen Schnitte beträgt 2,5 bis 3 Cm. Die 3 Schnitte stossen rechtwinklig zusammen und es ist ein viereckiger Vaginallappen entstanden, der mit seiner oberen horizontalen Kante mit der Vaginalschleimhaut im Zusammenhange bleibt und wie eine Schürze herabhängt. Ist der Lappen aus seinem Bette fertiggelöst, so zieht er sich etwas zusammen, verliert seine Ecken und wird zungenförmig. Seine Dicke ist ungleichmässig, denn in den Seitentheilen wird er massiger als in der Mitte sein, dem entsprechend ist auch das Bett, aus welchem er herausgeschnitten seitlich tiefer als in der Mitte. Der nunmehr zungenförmige Lappen wird an seiner Spitze (Mitte des ursprünglichen transversalen Schnittes) mit einer Pincette gefasst und nach oben geschlagen. Es entsteht nun eine ziemlich grosse Wundfläche, deren untere Hälfte aus dem Bette des Lappens, unten und seitlich von der Haut des Dammes begrenzt, und deren obere Hälfte von der blutenden Seite des emporgehobenen Lappens gebildet wird. Ferner wird die untere (hintere) horizontale Begrenzung dieser Wundfläche in ihrer Mitte gefasst und gegen den Anus gezogen; auf diese Weise wird die ursprünglich horizontale Wunde in eine vertikale umgewandelt und dem entsprechend vernäht. Die ungleichmässige Tiefe der Wunde würde ein exactes Vernähen auf gewöhnliche Weise sehr schwierig machen, daher näht Lawson Tait mit Silberdraht folgendermassen: die Stielnadel wird genau am linken Wundrand, doch innerhalb der Wundfläche, eingestochen, unter leicht hebelnden Bewegungen hinter derselben weggeführt, genau am rechten Wundrand ausgestochen und dann der in die Oese geschobene Silberdraht rückwärts durchgezogen. In der Regel genügen vier Drähte. Einer von ihnen soll hinter der Stelle, bis wohin das Septum gespalten wurde (Umschlagstelle), weggeführt werden. Durch das Anziehen, Kreuzen und Torquiren der Silberdrähte werden die seitlichen Wundränder aneinandergebracht. Die Drähte treten dann wie aus schmalen Lücken zwischen den Hauträndern heraus und letztere können sich nicht einrollen. L. Tait braucht keine Zwischennähte, doch können solche in gewöhnlicher Weise angelegt werden. Bei kompletem Dammriss wird ebenso verfahren, nur dass ein unterer (hinterer) Mastdarmlappen hinzukommt. Die Schnittfigur ist in diesem Fall einem H ähnlich. Der obere grössere Lappen wird vaginalwärts herauf und der untere kürzere analwärts herunter geklappt. Die Wundfläche wird durch Drähte seitlich zusammengezogen. Bei der Operation wird kein Gewebe geopfert, man gewinnt einen sehr breiten Damm und alle Nähte sind aussen angelegt, da weder Vaginal- noch Mastdarmnähte in Anwendung kommen. Die Resultate dieser Operationsmethode sollen ganz vorzüglich sein. L. Tait operirt in 4 Minuten. Verfasser hat in 19 Fällen mit sehr gutem Erfolge die Operation ausgeführt. —ts.

A. F. Rasmussen: Eine neue Theorie für das Entstehen des Ulcus chronicum ventriculi. (Hospitals-Tidende R. 3. Bd. 4. Nordisk Med. Arkiv Bd. XIX).

Verfasser hat bei Obductionen gewöhnlich eine Einschnürung auf dem Magen gefunden, welche er Druck von aussen zuschreiben will und mit den Schnürfurchen auf der Leber parallelisirt. In einigen Fällen hat Verf. eine solche Schnürfurche von der Leber aus sich quer über den Magen fortpflanzen und auf das Colon descendens übergehen sehen. Längs der eingekerbten Partie des Magens fand R. die Serosa verdickt, die Mucosa dagegen atrophirt. Verf. stellt die Hypothese auf, dass Druck auf den Magen in allen oder vielen Fällen den Grund zur Bildung des Ulcus ventriculi abgeben könnte. Er stützt diese Hypothese auf die Beobachtung, dass die Narben nach Ulcus ventriculi sich oft symmetrisch auf der vorderen und hinteren Magenwand finden und dass sie ihren Sitz meist an der kleinen Curvatur und häufiger auf der hinteren als auf der vorderen Wand haben, Stellen, welche besonders dem Druck ausgesetzt seien, während die Curvatura major beweglicher sei. Buch (Willmanstrand).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Jacob Bruck: Ignaz Philipp Semmelweis. Eine geschichtlich-medicinische Studie. Wien und Teschen 1887. Verl. v. Karl Prochaska. 121 S.

Das vorliegende Werk ist eine deutsche Bearbeitung der von demselben Verf. vor 2 Jahren und im Verlage der ungarischen medic. Büchereditionsgesellschaft zu Budapest erschienen Studie über Semmelweis (nicht Semmelweiss, wie der Name gewöhnlich, aber fälschlicher Weise geschrieben wird). Verf. hat sich dadurch ein hervorragendes Verdienst nicht nur um das Andenken jenes genialen Forschers und edeln Wohlthäters der Menschheit, sondern auch um die Geschichte des Puerperalfiebers erworben, indem er immer wiederkehrende Irrthümer und falsche Anschauungen, wie sie bei zahlreichen und hervorragenden Autoren über die Lehre Semmelweis' zu finden sind, berichtigt und mit grossem Fleisse das vielfach noch unbearbeitete Material, welches in der ungarischen Literatur und namentlich im „Orvosi hetilap" (med. Wochenschrift) sich findet und daher nur einem sehr kleinen Kreise der Fachgenossen zugänglich ist, seiner Arbeit zu Grunde legt und wissenschaftlich verwerthet. — Der Name Semmelweis ist, wie bekannt, unzertrennlich mit der historischen Entwicklung der Aetiologie des Puerperalfiebers verknüpft, so sehr war sein ganzes, nur leider allzu kurzes Leben und Streben auf dieses eine ideale Ziel, die Erforschung der wahren Ursachen und die erfolgreiche Bekämpfung des Puerperalfiebers, gerichtet. So liegt es denn in der Natur der Sache, dass Bruck in dem vorliegenden Werke nicht nur eine Biographie Semmelweis', sondern auch, an der Hand letzterer, eine detailirte Schilderung gerade des interessantesten Abschnittes in der historischen Entwicklung der heutigen Aetiologie des Puerperalfiebers giebt. Diese Umstände, verbunden mit einer lebendigen und fesselnden Darstellungsweise lassen es fast selbstverständlich erscheinen, dass wir das Buch mit stetem und von Seite zu Seite wachsendem Interesse gelesen haben; wir sind überzeugt, dass es jedem der Fachgenossen ebenso wie uns ergehen dürfte, dass er das Buch, einmal zur Hand genommen, nicht so leicht wieder fortlegen wird.

Es thut uns leid auf die reiche Fülle des gebotenen interessanten Materials aus Mangel an Raum nicht näher eingehen zu können, nur einige wenige Puncte aus demselben hervorzuheben möge hier gestattet sein.

„Es ist ungleich schwieriger eine alte Lüge auszurotten, als eine neue Wahrheit einzubürgern", sagt treffend ein französischer Schriftsteller und auch die Geschichte der Semmelweis'schen Lehren ist ein beredter Beweis für die Richtigkeit dieses Satzes. Es ist erstaunlich, dass selbst in neuester Zeit, wo die „neue Wahrheit" längst Gemeingut der gesammten med. Welt geworden, wo jeder ABCschütz in den med. Disciplinen mit den Begriffen „Wundinfection", „Sepsis" etc. vertraut ist, dass man immer wieder und bei hervorragenden Autoren groben Irrthümern hinsichtlich des Schöpfers dieser „neuen Wahrheit" und seiner Lehren begegnet. So finden wir bei Hirsch, in der II. Aufl. seines Handbuchs der hist.-geogr. Pathol. vom Jahre 1883, also nachdem die Monogr. Hegar's über J. Ph. Semmelweis bereits erschienen war (1882), folgenden Satz: „Allerdings war der Schluss, den Semmelweis ... gezogen hatte, ein einseitiger, indem er die Sepsis ausschliesslich aus Uebertragung des sog. Leichengiftes ableitete". Und Heinrich Haeser weiss gar 1884 in seinem „Grundriss der Geschichte der Medicin" nur soviel von Semmelweis zu sagen, dass er sich ein unvergängliches Denkmal „durch seine lange verkannte Entdeckung einer der wichtigsten Ursachen des Kindbettfiebers, die Infection durch Leichengift, gegründet". Aehnlichen falschen Anschauungen begegnet man auch bei Winkel, Kleinwächter, sogar im Schröder'schen Lehrbuch der Geburtshülfe (1877) und bei vielen Andern. Da ist es sicherlich Bruck als grosses Verdienst anzurechnen, wenn er es unternahm diese Irrthümer klarzustellen und an der Hand einer

Biographie Semmelweis' zu zeigen, wie dessen Lehre im Jahre 1846 entstand, wie er sie im Laufe des folgenden Decenniums allmälig entwickelte und erweiterte und endlich zu dem machte, was sie auch heute noch ist: die Basis unserer Anschauungen über Wundinfection und Wundbehandlung. In Betreff des Genaueren dieser Lehren Semmelweis' müssen wir den Leser auf das Bruck-sche Buch und auf das Originalwerk Semmelweis': „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers" (Verl. v. C. Hartleben 1861) verweisen. Nur eins möchten wir noch hervorheben, nämlich den Nachweis, welchen Bruck sowohl aus verschiedenen, in seinen Schriften verstreuten Aeusserungen Semmelweis', als auch aus den Protocollen der Wiener ärzt. Gesellschaft und anderen Quellen lieferte, dass Semmelweis jene antiseptischen Massnahmen, welche er in der Geburtshülfe zur Geltung brachte, auch in die operative Gynäkologie einführte. Von der Ueberzeugung ausgehend, dass „Puerperalfieber" und „Pyaemie" identische Processe seien, war er auch bei gynäkol. Operationen bestrebt, die grösstmögliche Reinlichkeit walten zu lassen, um nicht etwa mit verunreinigten Händen oder Instrumenten den Keim der Infection auf das operirte Individuum zu übertragen. Unter solchen Umständen lag es nach unseren heutigen Anschauungen in der Natur der Sache, dass seine Operationsresultate bessere waren, als auf anderen gynäkol. Kliniken „und diesen günstigen Erfolg" — so schreibt Semmelweis selbst — „schreibe ich nur dem Umstande zu, dass ich mit reinen Händen operire".

Wir müssen es leider bei diesen wenigen Andeutungen bewenden lassen; möge Jeder, der sich für die Entstehungsgeschichte unserer modernen Antiseptik interessirt, das Bruck'sche Buch zur Hand nehmen. Die Gediegenheit des Inhalts und Vollendung der Form desselben, denen sich eine schöne äussere Ausstattung würdig anreiht, werden jeden Leser mit Befriedigung erfüllen. —ck.

P. Fürbringer: Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes nebst Bemerkungen über den bacteriologischen Charakter des Nagelschmutzes. 8°. 55 Seiten. Wiesbaden 1888. J. F. Bergmann.

Verf. hatte sich die Aufgabe gestellt, eine Methode zur Reinigung der Hände zu finden, welche bei thunlichster Zeitersparniss und Schonung der Hände einen sicheren Desinfectionserfolg gewährleistet. Als Criterium dieser Sicherheit postulirt er den Nachweis der Keimfreiheit des Unternagelraumes, geht also hierin beträchtlich weiter, als seine Vorgänger, in specie Kümmell und Forster, welche sich mit einer Controle durch Eindrücken der Finger in sterilisirte Nährmedien begnügten. In einer Reihe von Vorversuchen konnte Verf. sich von dem enormen Formenreichthum der aus dem Nagelschmutz cultivirbaren Bacteriengemische überzeugen, sowie von dem praktisch nicht unwichtigen Umstande, dass Manipulationen mit faulem Material (Section zersetzter Leichen, Operationen putrider Abscesse und dergl.) keineswegs immer, oder auch nur regelmässig, eine besondere Vermehrung der Keime nach sich zogen; und dass in specie der Staphylokokkus pyogenes aureus wiederholt auch da im Nagelschmutze zu finden war, wo die Finger seit Tagen nicht mit Eiter in Berührung gekommen, und andererseits schon wenige Stunden nach Bespülung der Hände mit grossen Eitermassen wieder verschwunden sein konnte, obgleich inzwischen keine irgend bemerkenswerthe Desinfection der Hände vorgenommen war. Was letztere anbetrifft, so fand er bald, dass das Geheimniss des Erfolges darin liegt, die Haut bis in den tiefsten Grund des Unternagelraumes für die Desinfectionsflüssigkeiten benetzbar zu machen, wozu eine gründliche Entfernung der fettigen Hautsecrete erforderlich ist. Zu diesem Zwecke fand er, behufs Abkürzung der Procedur, nach mechanischer Reinigung und Einwirkung einer Seife von möglichst hohem Gehalt an freiem Alkali noch den Gebrauch eines chemischen Fettlösungsmittels nöthig, und bewährte sich ihm dazu am meisten Alcohol von 80%. Aether steht an Wirksamkeit hinter demselben bedeutend zurück, wahrscheinlich weil derselbe in Folge seiner grossen Flüchtigkeit die schon gelösten Fette nicht vollständig wegschwemmt, sondern durch Verdunstung zum Theil an Ort und Stelle wieder ausfallen lässt.

Die Desinfectionsmethode des Verf., welche allen obigen Forderungen entspricht, besteht demnach: 1) in mechanischer Reinigung der Nägel von sichtbarem Schmutze; 2) Abbürstung der Hände mit Seife und warmem Wasser, eine Minute lang; 3) ebenfalls eine Minute langer Waschung derselben in Alcohol (nicht unter 80%) und 4) gleichfalls minutenlanger Bearbeitung mit antiseptischer Flüssigkeit (3% Carbol- oder besser 2‰ Sublimatlösung), und zwar ehe noch der Alcohol abgedunstet ist. Zu den übrigen Vorzügen dieser Methode kommt bei Verwendung von Sublimatlösung noch der der Billigkeit, da man nach den Untersuchungen, die Verf. früher gemeinschaftlich mit Stütz angestellt hat, zur Herstellung der Lösung sich jedes reinen Quellwassers bedienen kann, vorausgesetzt, dass man zuvor die etwa darin enthaltenen Bicarbonate alkalischer Erden, mit welchen sich das Sublimat zu unlöslichen Verbindungen zersetzt, durch Ansäuerung in andere Salze überführt. Am besten eignet sich nach neueren Untersuchungen von Ziegenspeck dazu die Citronensäure, von welcher ein Zusatz von 0,5 pro Liter Wasser von 20 Härtegraden erforderlich ist. G.

Vermischtes.

— Die Dr. Dreypölcher von der Gesellschaft russischer Aerzte und von der Gesellschaft der Kinderärzte zugesandten Adressen haben nach dem «Wratsch» (Nr. 7) folgenden Wortlaut:

I. Die Gesellschaft russischer Aerzte zu St. Petersburg, welcher die Regeln der Krankenvertheilung durch das frühere Erkundigungsbüreau, sowie die Beschränktheit der Rechte des Dejourarztes dieses Büreaus und das Fehlen jeglicher Mittel zur Fürsorge und zum Transport der sich daselbst zahlreich einstellenden Kranken bei der Unzulänglichkeit der Plätze in den Hospitälern, bekannt sind, kann keinen Grund für das über Sie vom Gerichte verhängte Urtheil finden und hält es für ihre Pflicht Ihnen, dem unschuldig leidenden Collegen, ihre Theilnahme auszusprechen mit dem Wunsche, dass bei Fortführung dieser Sache die verletzten Rechte des Arztes und Menschen durch die Justiz wieder hergestellt werden möchten.

II. Die Gesellschaft der Kinderärzte hat in ihrer ordentlichen Sitzung am 11. Februar einstimmig beschlossen Ihnen, hochgeehrter College, ihre Theilnahme auszusprechen in Anlass der betrübenden Gerichtsverhandlung, in welcher Sie schuldlos schwer gelitten haben, und Ihnen zu erklären, dass die Mitglieder der Gesellschaft sich in Ihrer Person durch die Art und den Ausgang dieses Processes verletzt fühlen.

III. Die Deutsche St. Petersburg. Zeitung bringt in ihrer Nummer 52 nach den «Nowosti» die Adresse der Aerzte vom Hospital der Philanthropischen Gesellschaft an den Consultanten desselben Hospitals Dr. Dreypölcher:

Die zahlreichen Sympathiebezeugungen, die Ihnen anlässlich Ihres bedauernswerthen Processes von den hervorragendsten medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs und dem besseren Theil der Presse zu Theil geworden sind, legen Zeugniss dafür ab, wie tief die gesammte Gesellschaft und insonderheit unser Medicinerstand durch Ihr Unglück betroffen sind. Ein so lebhaftes Interesse für Ihre Sache ist durchaus gerechtfertigt und nothwendig. Das öffentliche Gewissen und der gesunde Menschenverstand sind empört ob der Schuldigsprechung eines offenbar unschuldigen Menschen und Arztes, dessen Gewissen vollständig frei ist von jeglichem Vorwurf; der Alles gethan hat, was er im gegebenen Falle thun konnte und dem die Sünden der Mangelhaftigkeit unseres Hospitalwesens zur Last zu legen unvernünftig ist. Gestatten Sie, hochverehrter College, auch uns, Ihren Amtsbrüdern vom Hospital der Kaiserlichen Philanthropischen Gesellschaft, die wir Ihre Arbeit in diesem Hospital und ihre Pflichttreue, was die Hilfeleistung an Patienten der armen Classe anbetrifft, kennen, Ihnen die Gefühle unseres Beileids, anlässlich des unverdienter Weise über Sie hereingebrochenen Kummers, unsere tiefe Verehrung Ihnen gegenüber als Arzt und Menschen und den Wunsch auszudrücken, Sie mögen Ihre Arbeit in unserem Hospital zum Besten der Leidenden möglichst lange fortsetzen.

— Das vor kurzem erschienene *Personalverzeichniss der Universität Dorpat für das erste Semester 1888* zeigt äusserlich dem vorigen Semester gegenüber ein im Wesentlichen wenig verändertes Bild, denn die Zahl der Lehrenden ist die gleiche geblieben und auch die Zahl der Studirenden hat sich nahezu auf der früheren Ziffer erhalten.

Innerhalb der Studienfächer sind nach der «N. D. Ztg.» im Vergleich mit dem Semester vorher nur ganz unbedeutende Veränderungen in den Zahlenverhältnissen zu finden. Hervorgehoben zu werden verdient jedoch die Thatsache, dass — wohl zum ersten Mal seit Jahrzehnten — die Zahl der Medicinstudirenden keinen Zuwachs erfahren hat, sondern bei der gleichen Zahl (770) geblieben ist wie im vorigen Semester. Die Gesammtzahl der Studirenden beträgt jetzt 1693, überragt also die Zahl der Studirenden am 1. Sept. 1887 um 8. Die grösste Zahl weist nach wie vor die medicinische Facultät auf, nämlich 770 Mediciner und 105 Pharmaceuten. Die Zahl der Pharmaceuten hat um 5 Studirende gegen das vorige Semester abgenommen.

In Bezug auf die Herkunft der Studirenden sind die Verhältnisszahlen fast unverändert geblieben.

— Der Professor-Adjunct an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. I. Karpinski, welcher Desmurgie und Mechanurgie vorträgt und dem chirurgischen Museum vorsteht, ist zum *ausserordentlichen Professor* dieser Academie gewählt worden. K. ist der älteste Adjunct der Academie, denn er feierte bereits im vorigen Jahre sein 25-jähriges Jubiläum.

— Mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie haben sich die DDr. Kohan und Grammatikati als *Privatdocenten* an der genannten Academie habilitirt und zwar ersterer für allgemeine Pathologie, letzterer für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

— Der Oberarzt d. St. Panteleimon-Irrenanst., Dr. W. Tschish, hält in diesem Semester an der hiesigen Universität Vorträge über gerichtliche Psychopathologie für die Studirenden der Jurisprudenz. (Wr.)

— In der vorigen Woche beging der bekannte Kliniker, Prof. Laschkewitsch in Charkow, sein *25-jähriges Jubiläum*. Bei dieser Gelegenheit wurden dem Jubilar zahlreiche Ovationen dargebracht.

— *Ordensverleihung: Den St. Wladimir-Orden III. Classe:* dem Oberarzt in Grosny, Staatsrath Dr. Awdakow.

— *Befördert: Zum wirklichen Staatsrath:* der Oberarzt der Verwaltung des transkaspischen Gebiets, Dr. I. Gorbatschewski;

— *Verstorben*: 1) Im Kirchdorf Lyskowo (Gouv. Nishni-Nowgorod) in hohem Alter der Arzt W. Kossolapow. Der Verstorbene war erst Stadt- und Kreisarzt in Makarjew, später Hausarzt der Gräfin Tolstoi. 2) Der Kreisarzt in Kursk, S. Feoktistow. 3) In Ssarapul der Arzt I. Metaniew im 78 Lebensjahre. M. diente während des Krimkrieges in Sewastopol als Militärarzt, war darauf mehrere Jahre Landschaftsarzt im Ssarapulschen Kreise und trat im letzten türkischen Kriege wieder in die kaukasische Armee als Militärarzt ein. 4) In Nishni-Nowgorod der dortige freipracticirende Arzt W. Roguski, 47 Jahre alt, an der Lungenschwindsucht. Er hat seine Frau mit 3 Kindern ganz mittellos hinterlassen. Der Verstorbene hatte eine ausgezeichnete Bildung erhalten und seine Studien in Warschau, Berlin, Paris und London gemacht. Er war ausser der polnischen und russischen auch der deutschen, französischen, englischen, italienischen und schwedischen Sprache mächtig. Nachdem er an der St. Petersburger medico-chirurgischen Academie den Arztgrad erlangt, prakticirte er anfangs in St. Petersburg, darauf in Rybinsk und zuletzt in Nishni-Nowgorod. Es ging ihm aber überall mit der Praxis so schlecht, dass er in der grössten Armuth starb. (Russ. Med.)

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 21. Februar d. J. 6784 (177 mehr als in der Vorwoche), darunter 569 Typhus- (12 weniger), 865 Syphilis- (16 mehr), 65 Scharlach- (3 mehr), 23 Diphtherie- (1 mehr) und 12 Pockenkranke (6 mehr als in der Vorwoche).

— Dr. Turyf warnt im „Wratsch" die Collegen vor den Gaunerstreichen eines jungen Hebräers, der in die Wohnungen der Aerzte unter dem Vorwande kommt, dass er sie zum Besuch seines kranken Vaters auffordern wolle, welcher angeblich auf der Eisenbahnstation Babino (an der Nikolaibahn) wohnt. Nachdem er sich mit dem Arzt über das zu zahlende Honorar verständigt, setzt er sogleich ein Telegramm an seinen Vater auf, in welchem er denselben von der Ankunft des Arztes benachrichtigt, bittet darauf aber den Arzt ihm Geld zur Absendung des Telegramms zu leihen.

Dr. T. sind bereits 5 Fälle bekannt, in welchen Aerzte für ihr Zutrauen haben büssen müssen, wenn auch mit kleineren Summen.

— Der „Wratsch" entnimmt dem „Kasanschen Börsenblatt" folgende nicht gerade erbauliche Mittheilung: Die Stadtduma von Tscheboksary (Gouv. Kasan) hat den Beschluss gefasst, die Gage des Stadtarztes von 600 Rbl. auf 400 Rbl. herabzusetzen; gleichzeitig hat diese Duma beschlossen, die Gage des Feldscheers von 300 auf 360 Rbl. zu erhöhen. Diese fast unglaubliche Thatsache erklärt der Correspondent dadurch, dass der Feldscheer (und zwar einer aus der Zahl der ganz unwissenden Regiments-Feldscheere) grosse Verbindungen in der Stadt hat und auf gespanntem Fusse mit dem Arzt steht, welcher solche Verbindungen nicht besitzt.

— Wie die „Pharm. Ztg. f. Russl." dem Jahresbericht der Chininfabrik von C. F. Boehninger und Söhne in Mannheim entnimmt, ist der *Chininverbrauch* der Welt in steter Zunahme begriffen. Am stärksten ist daran Nord-Amerika betheiligt. Der Import der Vereinigten Staaten war 1887 ein colossaler, nämlich 1,900,000 Unzen, während er im Jahre 1881 nur 600,000 Unzen betrug. Als verhältnissmässig schwächster Consument wird Deutschland bezeichnet. Bezüglich des Cinchona-Anbaues, resp. des Rinden-Exportes werden folgende Mittheilungen gemacht: Ceylon exportirte v. Oct. 86 bis Oct. 87 gegen 1½ Millionen Pfd.; in Java wiesen die Cinchona-Anpflanzungen c. 34 Millionen Bäume auf und der Ertrag der dortigen Privatplantagen betrug 1886: 756,000 Kilo und der Regierungsplantagen im I. Sem. 1887: 270,000 Pfd. Jamaica lieferte 1886: 12,541 Pfd. Rinde und Bolivia 1887: 7,190 Colli. In Mexico, wo nach vielen Misserfolgen endlich die Anpflanzung gelungen ist, zählt bei Cordola bereits 20,000 Bäume bester Qualität. Bezüglich Russlands findet sich die Notiz, dass die s. Z. von den Zeitungen gebrachte Mittheilung über Anpflanzungen im Kaukasus als völlig aus der Luft gegriffen zu betrachten seien. Das Klima des Kaukasus eigne sich durchaus nicht zur Cinchona-Cultur. Dasselbe gelte auch von den Anpflanzungen in Algier und Victoria (Australien), wo man zur Ueberzeugung von der Fruchtlosigkeit weiterer Anpflanzungsversuche gelangt sein soll.

— Das Organisations-Büreau des im Januar 1889 hierselbst stattfindenden III. Congresses russischer Aerzte wendet sich an alle ärztlichen Gesellschaften und an jeden einzelnen Arzt Russlands mit der Bitte, zur wissenschaftlichen Organisation des Congresses durch Einsendung von etwaigen Mittheilungen und Vorschlägen beizutragen, damit die an den Congress gelangenden Vorlagen nicht den Charakter der Zufälligkeit tragen, sondern den Aufgaben des Congresses mehr entsprechend gewählt werden können. Etwaige Mittheilungen und Vorschläge sind an den Secretär des Büreaus Prof. K. F. Slawjanski (Liteiny-Prospect 26), oder an die Leiter der einzelnen Sectionen, welche wir hier nachstehend namhaft machen, einzusenden.

I. Section für Anatomie und Anthropologie — A. J. Tarenetzki (Wyb. Seite, Ssimbirskaja Str. 55). II. Sect. für Histologie und Embryologie — F. F. Sawarykin (Wyb. S., Nishegorod. Str., Gebäude des Veter.-Inst.) III. Sect. für Physiologie — J. P. Tarchanow (Petersb. S., Ssjeschinsk. Str. 32). IV. Sect. für allgemeine Pathologie — P. M. Aljbitzki (Ssergijewsk. Str. 79). V. Sect. für patholog. Anatomie — N. P. Iwanowski (Maneshni-Pereulok, H. 7, Q. 3). VI. Sect. für pharmac. Chemie und Pharmakognosie — A. W. Poehl (W.-O., 7. L., Andrejew. Apoth.). VII. Sect. für Pharmakologie mit medic. Hydrologie und Klimathologie — P. P. Ssutschinski (Snam. und Basseinaja H. 35, Q. 16). VIII. Sect. für Chirurgie — A. A. Trojanow (Ecke Kabinetsk. u. Iwanowsk. H. 12—6, Q. 22). IX. Sect. für innere Krankheiten — N. J. Ssokolow (Nadeshdinsk. 14). Untersectionen: 1) Elektrotherapie — W. W. Klimenko (Furstadtskaja H. 18, Q. 2). 2) Kehlkopfkrankheiten — N. P. Ssimanowski (Furstadtsk. 48, 12). 3) Ohrenkrankheiten — A. F. Prussak (Ecke Baskow-Per. und Nadeshdinsk. 26—11, 8). 4) Infectionskrankheiten — N. P. Wassiljew (Nikolajewsk. 43). 5) Bacteriologie — J. F. Raptschewski (Dmitrowski-Per. 7, 6). X. Sect. für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten — J. M. Tarnowski (Nadeshdinsk. 3). XI. Sect. für Augenkrankheiten — W. J. Dobrowolski (Liteiny-Prosp. 15, 14). XII. Sect. für Kinderkrankheiten — K. A. Rauchfuss (Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg). XIII. Sect. für Haut- und venerische Krankheiten — W. M. Tarnowski (Moika 102, 4). XIV. Sect. für Neurologie — J. P. Mierzejewski (Wyborg. S., Nishegorodsk. Str., Klinik für Geisteskrankheiten). XV. Sect. für gerichtl. Medicin — W. K. Anrep (Kusnetschny-Pereul. 22, 1). XVI. Sect. für Hygiene und Epidemiologie — A. P. Dobrosslawin (Wyb. S., Nishegor., Geb. des Veterin.-Inst.). XVII. Sect. für öffentliche Medicin — W. K. Anrep (Kusnetschny-Pereulok 22, 1). Untersectionen: 1) für Militär-Medicin — A. J. Beljajew (Mochowaja 33—31, 3). 2) Für Marine-Medicin — W. S. Kudrin (Gagarinskaja 30). 3) Für Landschafts-Medicin — J. A. Dmitrijew (W.-O., 8. L., 43—42, 4). XVIII. Sect. für ärztliche Standesfragen — A. G. Batalin (Platz am grossen Theater 6, 8).

— Prof. Dr. R. Virchow hat in der Sitzung der *Berliner medicinischen Gesellschaft* vom 25. Januar c. einen aus Planen in Sachsen gebürtigen, 34 Jahre alten Mann, Namens August *Maul*, vorgestellt, welcher eine phänomenale Muskelentwickelung aufweist. *Maul* will schon als Kind eine ungewöhnliche Entwickelung seiner Muskeln gehabt haben, ist dann vom 14. bis 16. Lebensjahre Schlosser gewesen, hat das Handwerk aber bald aufgegeben, weil sein Vater ein wohlsituirter Mann war. Er ist später bei Gelegenheit einer Krankheit in Dresden von Birch-Hirschfeld «entdeckt» worden und hat seit dieser Zeit vielen hervorragenden Physiologen und Anatomen, Medicinern und Künstlern zum Problem gedient. Es ist in der That ein sehenswürdiges Subject, das in der Bildung seiner Musculatur an den Farnesischen Herkules erinnert. Er besitzt an einzelnen Stellen, namentlich am Rumpf und den Oberextremitäten, eine so mächtige Musculatur, dass er nicht im Stande ist, seine Arme gerade an den Leib zu legen. Die Muskeln bilden solche Protuberanzen, dass er mit den Oberarmen immer in einer gewissen Entfernung vom Rumpfe bleiben muss. Die einzige Region, welche fast gar nicht an dieser Vergrösserung betheiligt ist, ist das Gesicht, obwohl auch da einige Muskeln bei mimischen Bewegungen erheblich hervortreten. Verhältnissmässig weniger sind die unteren Extremitäten namentlich die Unterschenkelmuskeln entwickelt. Nichtsdestoweniger zeichnen sich auch da die Muskeln als vortretende Wülste. Was seine Kräfte anbetrifft, so behauptet er, im Stande zu sein, recht grosse Leistungen zu vollbringen, z. B. ein Pferd zu heben, indess gesteht er zu, dass er nicht im Stande sein würde, etwa mit den Berliner Athleten in Concurrenz zu treten, da ihm dazu die Uebung fehle. Immerhin ist es ganz interessant zu wissen, dass auch bei einer so ausgesprochenen Muskelvergrösserung «geübte Kraft», wie der Mann sich ausdrückt, nöthig ist, um die Möglichkeit des Kampfes mit geübten Ringkämpfern zu gewinnen. Am Deltamuskel und dem Triceps brachii sind die Sehnenspiegel sehr deutlich sichtbar. Die Zacken des Serratus liegen als dicke Wülste auf dem Brustkasten. Am Obliquus abdominis ext. sieht man gelegentlich die Faserung spielen. (Sitzungsbericht i. d. Allg. m. C.-Ztg.).

— In Algier gelangte kürzlich folgender interessante Fall zur Entscheidung. Eine Frau gebar ohne Beihülfe einer Hebamme, obgleich solche am Orte vorhanden war. Da die Gebärende heftige Schmerzen hatte, wandte sich ihr Ehemann an den im benachbarten Städtchen wohnhaften Arzt, Dr. Custaud. Dr. C. machte sich auch unverzüglich auf den Weg zur Kranken, gelangte aber an einen in Folge von Regengüssen ausgetretenen Fluss, den er nur auf Umwegen hätte passiren können und weigerte sich daher weiter zu fahren. Erst am dritten Tage konnte er die Wöchnerin besuchen und 2 Wochen nach der Geburt starb die Patientin. Der Mann verklagte den Dr. C. und beschuldigte ihn, den Tod seiner Frau dadurch herbeigeführt zu haben, dass er nicht rechtzeitig ärztliche Hilfe geleistet. Das Gericht sprach den Angeklagten frei und motivirte die Freisprechung folgendermassen: 1) Nach den französischen Gesetzesbestimmungen sei der Arzt durchaus nicht verpflichtet jedem Rufe Folge zu leisten; verpflichtet hierzu sei er nur in dem Falle, wenn er von einer Amtsperson aufgefordert werde. 2) Es sei zwar richtig, dass die Aerzte in den Colonien Algiers verpflichtet seien, unentgeltlich den armen Kranken ärztliche Hilfe angedeihen zu lassen, aber der Kläger gehöre nicht dieser Krankenkategorie an und habe solches auch nicht einmal zu beweisen versucht. 3) Dr. C. habe sich unverzüglich nach der Aufforderung zur Kranken aufgemacht, aber habe die Kranke aus von ihm unabhängigen Gründen nicht erreichen können. 4) Es sei durch nichts erwiesen, dass der Tod der Patientin durch das Ausbleiben des Arztes verschuldet sei. (Bulletin médical-Wr.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 14. bis 20. Febr. 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
357	253	610	129	52	88	17	15	18	71	43	53	53	42	21	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 0, Masern 8, Scharlach 15, Diphtherie 16, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 114, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 91, Todtgeborene 34.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	5.—11. Febr.	2830	34,6	—	1838	22,4
Paris . . .	2 260 945	5.—11. Febr.	1251	28,7	72	1131	26,3
Brüssel . .	181 270	29. Jan.-4. Febr.	108	31,3	5	109	31,3
Stockholm .	216 807	29. Jan.-4. Febr.	146	34,9	3	122	29,3
Kopenhagen	290 000	8.—14. Febr.	192	34,0	7	171	30,6
Berlin . . .	1 414 980	5.—11. Febr.	876	32,2	34	547	20,1
Wien . . .	800 836	5.—11. Febr.	489	33,8	31	403	26,8
Pest . . .	442 787	29. Jan.-4. Febr.	311	36,5	25	306	35,9
Warschau .	439 174	29. Jan.-4. Febr	373	44,1	18	194	23,0
Odessa . . .	268 000	5.—11. Febr.	—	—	—	—	—
St. Petersburg	**861 303**	**12.—18. Febr.**	**661**	**36,9**	**34**	**617**	**37,2**

☞ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 1. März 1888.**

☞ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März 1888.**

Дозв. ценз. Спб. 26 Февраля 1888 г. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 10. St. Petersburg, 5 (17.) März **1888.**

Ueber die klinische Mikroskopie und Bacteriologie der Actinomycosis.

(Vorlesung, gehalten für den ärztlichen Cursus im klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna).

Von

Prof. M. I. Afanassjew.

(Schluss.)

Bezüglich der *Behandlung der Actinomycosis* bemerke ich in Kürze Folgendes: In allen den Fällen, wo die Krankheit frühzeitig erkannt wurde, wo sie noch einen localen Charakter hatte, wurde bei Anwendung der entsprechenden chirurgischen Behandlung (Entfernung aller Knoten und Nester der Actinomycosis unter strenger Antisepsis) *vollständige Heilung* erzielt. Solche günstige Behandlungsresultate beziehen sich insonderheit auf *die* Gruppe von actinomycotischen Erkrankungen, welche die um die Kiefer belegenen Partien betrifft. In denjenigen Fällen jedoch, wo der actinomycotische Process sich auf eine weite Ausdehnung hin erstreckte, besonders wenn er aus einem localen zu einem allgemeinen geworden war, endlich in den Fällen von innerer Actinomycosis (Lungen, Pleura, Bauchorgane etc.) war gewöhnlich der Tod das Resultat jeglicher Behandlung. Aus diesen kurzen Hinweisen bezüglich der Behandlung ist schon ersichtlich, wie wichtig es in manchem Falle ist, die allerersten Stadien der actinomycotischen Erkrankung zu erkennen.

Die ersten beiden Fälle von *Actinomycosis in Russland* wurden von Dr. Florkewitsch in Warschau publicirt, bei Stellung der Diagnose war Prof. Hoyer behülflich. Dann wurde von Prof. K. N. Winogradow[34]) Ende des Jahres 1885 bei der Section eines Kranken aus der Klinik des Prof. D. J. Koschlakow ein Fall von Actinomycosis der Lungen, der Pleura und des Pericardiums diagnosticirt. Im Sommer des Jahres 1886 wurde von den Professoren E. E. Eichwald[35]) und N. D. Monastyrski während des Lebens ein Fall von Actinomycosis erkannt (aus der Praxis des Dr. Piotrowski), welcher unter dem Bilde chronischer Pyämie verlief. Von *mir* wurde ein Stück Muskel mikroskopisch untersucht, welcher diesem Kranken während des Lebens aus einem Abscess am Unterschenkel excidirt worden war, und welcher durchsetzt war von actinomycotischen Abscesschen. Die Zeichnungen der Drüsen, resp. Körner der Actinomycosis von den Präparaten dieses Falles sind von mir in meinem Artikel: «Erfolge der Bacteriologie der infectiösen Krankheiten in den beiden letzten Jahren» mitgetheilt (cf. «Kalendar dlja wratschei» für das Jahr 1888. Herausgeber K. L. Ricker).

Im Herbste desselben Jahres wurde von Prof. N. D. Monastyrski[36]) auf Grundlage klinischer Thatsachen, und von *mir* auf Grundlage mikroskopischer Untersuchung die Diagnose Actinomycosis bei einem Kranken der chirurgischen Ambulanz im klinischen Institute gestellt. Die Krankheit präsentirte sich als phlegmonöse Entzündung in der Gegend der linken Brustwarze mit zahlreichen Fistelgängen, aus welchen auf Druck Eiter hervorquoll, der *verkalkte Drüsen, resp. Körner der Actinomycosis* enthielt. Im Februar 1887 wurde von *mir* in Gemeinschaft mit Dr. N. N. Jakimowitsch[37]) in einem Falle aus der Privatpraxis die Diagnose auf Actinomycosis der Lungen und der Pleura gestellt, fast ausschliesslich auf Grundlage der mikroskopischen Untersuchung des Auswurfs des Kranken, während bisher eine solche Diagnose immer auf Grundlage des Vorhandenseins von actinomycotischen Knoten oder Abscessen in der Brustgegend gestellt worden war. Nur in dem Falle von Canali[38]) wurde die Diagnose einer actinomycotischen chronischen Bronchitis mit Absonderung von stinkendem Auswurf auf Grundlage der Untersuchung des Auswurfs gestellt. In der letzten Zeit wurde von Prof. E. E. Eichwald im klinischen Institut ein Fall von Actinomycose der Lungen und der Pleura mit Bildung von Abscessen auf der Brust genau beobachtet und untersucht (aus der Praxis des Dr. W. A. Stange).

So sehen wir, dass die Zahl der Fälle von Actinomycosis, die in Russland beobachtet worden sind, beständig anwächst und wahrscheinlich wird ihre Zahl noch sehr viel grösser werden, wenn die Aerzte sich mit der Krankheit besser bekannt gemacht haben werden, besonders mit der mikroskopischen und bacterioskopischen Untersuchung derselben. Nur die mikroskopische Untersuchung der Producte der Actinomycose giebt uns unzweifelhafte Garantie dafür, dass wir es mit Actinomycose und nicht mit irgend

einer anderen, ihr nahestehenden oder ähnlichen Krankheit zu thun haben. Verwechselung ist möglich mit chronischer Pyämie, Tuberculose, Rotz, Syphilis u. s. w.

Gehen wir nun zur botanischen und bacteriologischen Seite der Frage über, speciell zur Morphologie des Pilzes, zu den Versuchen Reinculturen zu erhalten, und zu Ueberimpfungen derselben auf Thiere.

Zum Schluss werden wir genau die Untersuchungsmethoden des Pilzes im Eiter, Auswurf, Harn, Stühlen u. s. w. beschreiben.

Aus der obigen Darlegung ist schon zu ersehen, dass die Autoren in Bezug auf den uns interessirenden pflanzlichen Parasiten vom botanischen Gesichtspuncte aus verschiedener Ansicht sind. Harz und nach ihm auch andere Botaniker (Ferd. Cohn, de Bary und Pringsheim[39]) und die Mehrzahl der Aerzte sahen in der ersten Zeit nach seiner Entdeckung diesen Parasiten für einen *Schimmelpilz* an, oder jedenfalls für einen Pilz, der dieser Classe nahe steht. Der Parasit erscheint im Eiter, im Auswurf und in anderen pathologischen actinomycotischen Producten gewöhnlich in Form von ganzen Colonien. Im Inneren einer jeden solchen Colonie bemerkt man eine sehr dichte Verfilzung von Fäden, wie mit feinen Körnern bestreut, am Rande einer solchen Colonie sieht man in Art einer Einfassung besondere keulenförmige, stecknadelkopfförmige, birnförmige, kolbenförmige, flaschenförmige Bildungen, mattglänzend, die scheinbar aus dem inneren Theil der Colonie hervortreten und sich radienartig zu ihrer Peripherie begeben.

Diese keulenförmigen Bildungen gehen mit ihrem verjüngten Theil gleichsam unvermittelt in das dichte Fadengewirr des centralen Theiles der Colonie über und spalten sich an ihrem äusseren Theil in zwei oder drei quere Gliederchen. Diese eben beschriebenen verschiedenen Theile des Strahlenpilzes kann man schon recht gut sehen und unterscheiden bei einer Vergrösserung von 300—500. Harz, ebenso wie die früheren Beobachter hielten den centralen Theil der Colonie für das *Mycelium* des Parasiten, die keulenförmigen Bildungen an der Peripherie aber — für die *Konidien*, oder *Gonidien* — die Vermehrungsorgane des Pilzes. Das Körnige im Centrum des Pilzes hielten sie entweder für Zerfall der Fäden des Myceliums, oder aber für irgend welche besondere Sporen. Einige der späteren Autoren, wie z. B. J. Israel hielten es für möglich, da sie die grosse Aehnlichkeit zwischen den Fäden der Leptothrix und den Fäden der Actinomycosis bemerkten, und fernerhin in Erwägung zogen, dass auch die Leptothrixfäden zuweilen in Form von Körnern angeordnet sind, wobei eines ihrer Enden dicker ist als das andere, — diesen Pilz nicht zur Gruppe der Schimmelpilze, sondern zur Gruppe der *Faden-Bacterien* zu rechnen: *Leptothrix-Streptothrix*.

In letzter Zeit kam Boström[40]) auf Grundlage seiner Untersuchungen zu der Ueberzeugung, dass der Actinomyces durchaus kein Pilz ist, sondern eine *sich verzweigende Faden-Bacterie*, d. h. zur höchsten Gruppe der Bacterien *Cladothrix* — in Beziehung steht. Die keulenförmigen Verdickungen an der Peripherie der Colonien hält Boström für *Involutionsformen*, d. h. für Degenerationsformen der Fäden, welche dann für gewöhnlich auftreten, wenn die Bacterien keine ihrem Leben zusagenden Bedingungen finden. Hauptsächlich brachte ihn zu dieser Ueberzeugung *der* Umstand, dass diese keulenförmigen Bildungen die Elemente sind, welche am frühesten in der Colonie verkalken, und eine derartige Verkalkung, wie uns bekannt ist, gewöhnlich an todten Theilen zu Stande kommt. Ferner wuchsen auf Boström's Culturen diese Bildungen auch nicht empor, dagegen gedieh der centrale, aus Fäden bestehende Theil. Was *mich* persönlich angeht, so schliesse ich mich auf Grundlage meiner eigenen bacterioskopischen Untersuchungen und ebenso auf Grundlage der Thatsache, dass dieser Parasit verhältnissmässig leicht in Lymph- und Blutgefässe gelangen, dann durch den ganzen Körper verschleppt werden und an verschiedenen Theilen metastatische Herde bilden kann — eine Eigenschaft, die den Bacterien zukommt und wenig auf die Schimmelpilze passt — fast vollständig der Meinung Boström's an, und halte den Actinomyces für eine sich verzweigende Faden-Bacterie aus der Gattung *Cladothrix*.

Was die Culturen des Actinomyces in verschiedenen Nährmedien anbetrifft, so haben verschiedene Autoren (Harz, Ponfick, J. Israel, O. Israel[41]), Johne, Boström u. A.) versucht Reinculturen dieses Pilzes auf Agar-Agar, Blutserum u. s. w. zu erhalten und haben diese Culturen beschrieben; ich halte jedoch auf Grundlage meiner eigenen Untersuchungen, die bald veröffentlicht werden sollen, alle diese Versuche für nicht gelungen, hauptsächlich deshalb, weil es noch keinem der genannten Autoren gelungen ist durch Impfung mit Reinculturen des Actinomyces eine actinomycotische Erkrankung hervorzurufen. Ferner sind auch die Beschreibungen der Autoren grösstentheils oberflächlich, halten der Kritik nicht Stand, oder aber sie sind in der Form einer vorläufigen Mittheilung veröffentlicht. Uebrigens bin nicht ich allein dieser Meinung in Betreff der Culturen der genannten Autoren, sondern auch einige andere Autoren, wie z. B. Flügge[42]), C. Fränkel[43]) u. A.

In letzter Zeit gelang es mir augenscheinlich eine Reincultur der uns interessirenden Bacterie auf festem Blutserum, Agar-Agar und in Bouillon zu erhalten, wobei diese Bacterie in Form ebensolcher Colonien, Körner resp. Drüsen wächst, wie sie in Wirklichkeit in den verschiedensten actinomycotischen Bildungen erscheinen. Ausserdem verkreiden diese Colonien ebenso wie die echten Drüsen der Actinomycose. Zur Illustration, sowie zum Vergleich mit den folgenden Zeichnungen gebe ich hier die Zeichnung № 1, die von mir nach einem Theilchen (Sector) einer solchen Reinculturcolonie aufgenommen ist.

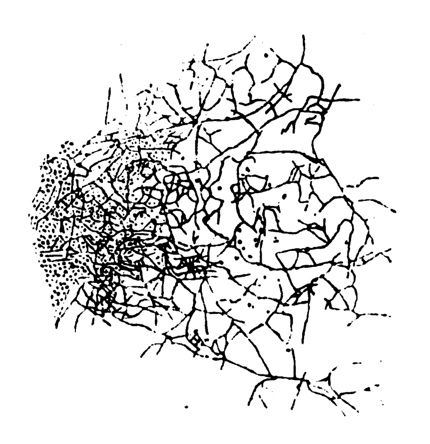


Fig. 1. Reincultur des Actinomyces, von *mir* zwei Mal erhalten aus Eiter und ein Mal aus Sputum von Actinomycose-Kranken. Vergrösserung ungefähr 500.

Obgleich man bis in die letzte Zeit mit unzweifelhafter Sicherheit keine Reinculturen erhalten hatte, so ist dennoch das ursächliche Abhängigkeitsverhältniss zwischen diesem Parasiten und der durch denselben hervorgerufenen Erkrankung von einigen Autoren vollkommen sicher gestellt. So rief Ponfick, wenn er Kälbern Theilchen von Geschwülsten, die actinomycotische Körner enthielten, unter die Haut, in das Blutgefässsystem und ebenso in die Bauchhöhle brachte, bei ihnen diese oder jene actinomycotische Erkrankungen hervor. J. Israel spricht sogar von erfolgreicher Impfung der Actinomycose auf ein Kaninchen, indem er ihm actinomycotischen Eiter in die Bauchhöhle einbrachte. Einige Impfungen von Actinomycosekörnern aus Eiter gelangen auch Johne. Meine eigenen Versuche mit Impfung der von mir erhaltenen Reincultur auf Thiere werden noch fortgesetzt*).

*) Seit diese Vorlesung zuerst in russischer Sprache veröffentlicht wurde (Prakt. Med. 1887, № 12), sind ungefähr drei Monate verflossen. In dieser Zeit ist es *mir* gelungen die obenbeschriebene Reinkultur Thieren, speciell Meerschweinchen mit unzweifelhaftem Resultat einzuimpfen. Nachdem ich den letzteren in die Bauchhöhle *Reinkultur der verästelten Fadenbacterie* eingeführt hatte, die von mir aus mehreren Fällen von Actinomycose bei Menschen gewonnen worden war und der man am besten den Namen *Bacterium actinocladothrix* geben müsste, erhielt ich folgendes positive Resul-

Ich gehe jetzt zur Untersuchung des Eiters, Auswurfs u. s. w. auf Actinomyces über.

Der Eiter aus actinomycotischen Abscessen pflegt meistentheils dünnflüssig zu sein. Wenn man ihn in dünner Schicht auf einer Glasplatte mit untergelegtem schwarzem Papier ausgiesst, so kann man in ihm schon mit blossem Auge Körnchen von sehr verschiedener Grösse bemerken, von der Grösse des feinsten Sandkorns bis zur Grösse von ½—1—2 Mm. Diese Körnchen haben im Eiter oft einen gelblichen oder sogar leicht grünlichen Farbenton. Diese Körnchen sind auch, wie das Mikroskop zeigt, kleinste Colonien des Actinomyces, oder aber ganze Gruppen von solchen, Conglomerate derselben.

Der Auswurf hat bei Lungen-Actinomycose das allerverschiedenste Aussehen: schleimig-eitrig, eitrig, mit Blutbeimengung, zuweilen sogar dem rostfarbenen Sputum ähnlich, wie es bei Pneumonie vorkommt, oder gefärbt wie Johannisbeer-Gelée, wie es zuweilen bei Lungenkrebs vorkommt. In diesem Auswurfe kann man immer, — wie auch sein Aussehen sein möge — augenscheinlich sogar in sehr frühen Stadien der Lungenerkrankung, die Actinomyces-Körner finden, wenngleich einigermaassen schwerer als im Eiter. Die Untersuchung muss man ebenso ausführen, wie das für den Eiter beschrieben wurde, nur muss man sich der Präparirnadeln bedienen um die Sputum-Schichten aus einander zu breiten und zu trennen und die einzelnen Körner in ihm zu isoliren.

Es ist wahr, ausser den Actinomycose-Körnern finden sich im Sputum nicht selten auch andere Körner, die z. B. aus einer Ansammlung von Fetttropfen bestehen, aus anderen Speiseresten, besonders aber in einigen Fällen aus Leptothrix-Fäden. Daher ist es unumgänglich nothwendig, dass man es versteht, diese Körner von einander zu unterscheiden, sowohl mit blossem Auge, als auch mikroskopisch.

Die Körner der Actinomycose sind im Auswurf gewöhnlich von graulicher Farbe, etwas durchsichtig, übrigens zuweilen auch von weisslicher oder gelblicher Farbe. Man unterscheidet sie besser von anderen Körnern mit Hülfe einer Loupe.

Unter dem Mikroskop kann man schon bei schwacher Vergrösserung (50—100) die Körner der Actinomycose recht gut sowohl im Eiter, wie auch im Auswurf erkennen. Bei der Diagnose dieser Körner, speciell beim Studium der Structür ihrer Ränder, ist aber die Gegenwart einer grossen Anzahl von Eiterzellen sehr störend, welche von allen Seiten diesen Körnern sehr dicht anliegen. Daher ist es am besten, wenn man die aus Eiter oder Auswurf herausgefischten Körner, welche verdächtig sind auf Actinomycose, zuvörderst mit 1—2 Tropfen einer 1—5 % Lösung von Aetzkali behandelt und darnach erst sie mit dem Deckgläschen bedeckt und unter das Mikroskop bringt. Bei dieser Untersuchung wird es sich herausstellen, dass wir Körner zweierlei Art finden werden: *Solche*, die aus einer verschieden grossen Anzahl einzelner Colonien zusammengesetzt sind, und



Fig. 2. Ein Actinomycose-Korn mit Keulchen, resp. Kölbchen an der Peripherie bei einer Vergrösserung von 100 nach Behandlung mit Aetzkali. Einige Kölbchen haben sich abgelöst und liegen nahe dem Korn.



Fig. 3. Partikelchen desselben Korns bei einer Vergrösserung von ungefähr 500. Die Kölbchen an den Rändern und an der Oberfläche des Korns sind deutlich zu sehen.

an ihrer Peripherie keulenförmige Bildungen haben (cf. Fig. 2 bei schwacher Vergrösserung, und Fig. 3 bei starker Vergrösserung), und *andere ebensolche* Gruppen von Colonien, die aber an der Peripherie keine keulenförmigen Bildungen haben, sondern im Gegentheil eine Reihe sich verzweigender Fäden zeigen, die radienförmig auseinander gehen (cf. Figur № 4 bei schwacher Vergrösserung und Fig. № 5 bei starker Vergrösserung).

Beide Arten Drüsen, resp. Körner der Actinomycose bestehen in ihrer centralen Partie aus einer so dichten Verflechtung, man kann sagen, aus solch einem Filz von Fäden, dass es sehr schwer ist die Structur dieser centralen Partie gut zu unterscheiden.

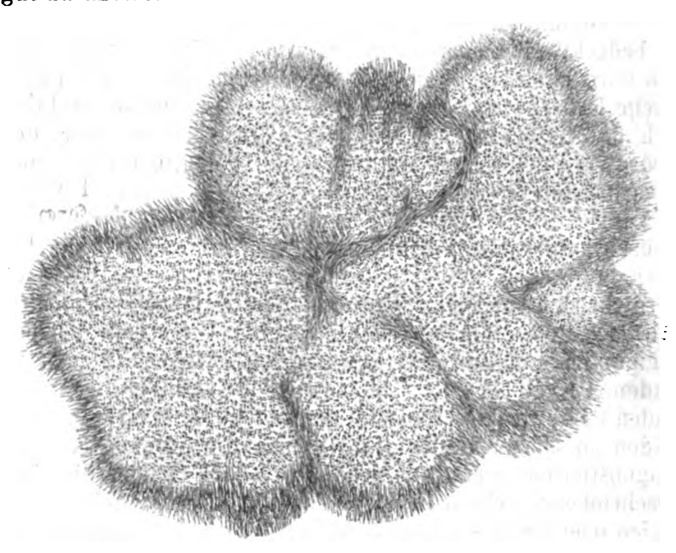


Fig. № 4. Korn der Actinomycose ohne Kölbchen, bei einer Vergrösserung von 100, nach Behandlung mit Aetzkali.



Fig. № 5. Partikelchen desselben Korns bei einer Vergrösserung von 500. Am Rande sind die sich verzweigenden gewundenen Fäden ausgezeichnet zu sehen.

Es macht den Eindruck, als sei das Innere recht körnig (cf. Figg. 3, 4 und 5); in Wirklichkeit aber ist wahrschein-

tat: Die Bacterie wurde eingeimpft, erzeugte actinomycotische Erkrankung des Peritonäums, des Mesenteriums der Därme und des Netzes, und verursachte dadurch den Tod; in den zum Theil entzündlichen Krankheitsproducten fanden sich actinomycotische Knoten, in welchen die für Actinomycose durchaus charakteristischen Körner enthalten waren. Eine eingehende Arbeit über diese Frage wird bald erscheinen.

lich eine körnige Structur sehr oft garnicht vorhanden, da man beim Zerzupfen dieser Körner und bei Färbung derselben mit verschiedenen Anilinfarben (schwache spirituöse Lösungen von Fuchsin, Gentiana- und Methylviolett oder wässerige Lösungen derselben) solche Körnchen nicht beobachtet. Dieses körnige Wesen hängt wahrscheinlich zum grössten Theil von der Kreuzung der gewundenen sich verzweigenden Fäden ab, ist folglich eine optische Erscheinung, und zum Theil ist es wahrscheinlich durch Veränderung des protoplasmatischen Inhalts der Fäden bedingt.

Die solcher Art beschriebenen Körner der Actinomycose unterscheiden sich vollkommen klar von den Körnern der Leptothrix. Letztere bestehen gewöhnlich aus dickeren Fäden, die dabei gerade sind, sich nicht verzweigen und mehr in Büschelform, als radienförmig angeordnet sind.

J. Israel, welcher den Actinomyces übrigens zur Gruppe Lepthothrix zählt, hat augenscheinlich beide Arten Körner vermengt. Meinen Untersuchungen zufolge kommen solche Sputa vor, in welchen sich Leptothrixkörner befinden und keine Actinomyceskörner, und umgekehrt. Nur dann, wenn Actinomycosekörner vorhanden sind, kann man eine actinomycotische Erkrankung diagnosticiren. Endlich kommen Sputa vor, in welchen man Körner der einen und der anderen Art findet. Natürlich muss man in solch' einem Falle die grössere Bedeutung den Körnern der Actinomycose zuschreiben.

Wenn die Drüsen, resp. Körner der Actinomycose verkalken, was im Eiter des Menschen selten, bei Thieren recht oft vorkommt, so werden sie unkenntlich. Ihre Oberfläche ist bedeckt mit amorphen Körnern oder öfter mit glänzenden unregelmässigen Krystallen von Kalksalzen. Wenn man solche Drüsen mit schwacher Salzsäure behandelt, so lösen sich die Kalksalze auf und die pflanzliche Structur der Drüse wird deutlicher, obgleich nicht so deutlich, wie in den unverkalkten Drüsen.

Ausser diesen grossen actinomycotischen Körnern oder Drüsen kann man im Eiter, resp. Sputum auch allerfeinste Körnchen finden, die mit blossem Auge kaum sichtbar oder garnicht sichtbar sind. Das sind die allerjüngsten Colonien des Parasiten. Sie bestehen gewöhnlich aus sehr geringfügiger Ansammlung von gewundenen, sich verzweigenden Fäden. Nach Babes können solche Anhäufungen von Fäden oder sogar vereinzelte gewundene sich verzweigende Fäden in solchen Fällen dazu dienen die Actinomycose zu diagnosticiren, wenn aus irgend welchem Grunde die oben beschriebenen echten Körner fehlen. Um solche feinste Colonien oder sogar Fäden von Actinomycose zu diagnosticiren, macht man am besten aus dem Sputum oder Eiter Trockenpräparate, färbt sie darauf in einer Lösung von Gentiana- oder Methylviolett in Anilinwasser, legt sie dann in eine Jod-Jodkalilösung für 3—5 Minuten, entfärbt, macht die Doppelfärbung in spirituöser Eosinlösung und untersucht zuletzt in Wasser nach Abspülung in Wasser, oder aber schliesst nach Austrocknung in Canadabalsam ein und untersucht in demselben (von mir veränderte Gram'sche Methode. Beilage zum «Kalendar dlja wratschei» für 1886 und 1888). Bei dieser Untersuchung erscheinen die Actinomycesfäden dunkelblau, fast schwarz, während alle übrigen Elemente des Sputums rosenroth sind, wodurch das Erkennen der ersteren leicht ist.

Da die oben beschriebenen Conglomerate einzelner Colonien der Actinomycose, grosse, kleine und allerfeinste, dann einzelne gewundene sich verzweigende Fäden im Eiter, resp. im Sputum nur bei actinomycotischen und sonst bei keinerlei anderen ähnlichen Erkrankungen gefunden werden, so kann man sie als *pathognomonisches Zeichen* der Actinomycose ansehen, und kann, wenn sie vorhanden sind, die exacte Diagnose der Actinomycose stellen.

Ausser Eiter und Sputum ist in einigen Fällen auch der Urin auf Actinomyces untersucht worden, natürlich dann, wenn der actinomycotische Process sich in den Nieren entwickelte, — entweder in Folge von Verschleppung in dieselben oder in Folge unmittelbaren Ueberganges auf dieselben von den benachbarten Organen. Natürlich kann man in Fällen von präsumptiver Darm-Actinomycose auch die Fäces auf Actinomyces untersuchen.

Literatur.

1) Bollinger: Ueber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde. Centralbl. für die med. Wissensch. 1877. Nr. 27. Derselbe: Deutsch. Zeitschr. für Thiermedicin. Bd. III. 1877. 2) James Israel: Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mycosen des Menschen. Virch.'s Arch. Bd. LXXIV. 1878. Derselbe: Neue Beiträge zu den mycotischen Erkrankungen des Menschen. Virchow's Archiv. Band LXXVII. 1879. 3) Ponfick: Ueber eine eigenthümliche Form prävertebraler Phlegmone. Berl. klin. Wochenschrift. 1879. p. 347. Derselbe: Ueber Actinomycose des Menschen. Ebendaselbst 1880. pag. 660. 4) J. Israel: Klinische Beiträge zur Kenntniss der Actinomycose des Menschen. Berlin 1885. 5) Ponfick: Die Actinomycose des Menschen, eine neue Pilzkrankheit etc. Berlin 1882. 6) Rosenbach: Zur Kenntniss der Strahlenpilzerkrankungen beim Menschen. Centralbl. für Chirurgie Nr. 15. 1880. 7) Partsch: Zwei Fälle von Actinomycosis. Bresl. ärztl. Zeitschr. III. Jahrgang. 1881. 8) Weigert: Virchow's Arch. f. pathol. Anat. 1881. Bd. LXXXIV. 9) Moosdorf und Birch-Hirschfeld — Ref. Centralbl. 1882. Nr. 51. 10) Kundrat: Wiener med. Wochenschr. 1883. Nr. 16. 11) Zemann: Wiener med. Jahrbücher. 1883. 12) Chiari: Prager med. Wochenschr. 1884. Nr. 10. 13) Middeldorpf: Deutsche med. Wochenschr. 1884. Nr. 15 und 16. 14) Firket: L'actinomycose de l'homme et des animaux. Paris 1884. 15) Rivolta: Virchow's Arch. 1882. Bd. LXXXVIII. 16) Perroncito: Deutsche Zeitschr. für Thiermed. 1879. Bd. V. 17) Soltmann: Bresl. ärztl. Zeitschr. 1885. Nr. 3. 18) Canali: Rivista clinica. 1882. 19) Paltauf: Semaine médicale. 1886. Nr. 6. 20) Conti: The London Med. Record. 1886. Febr. 15. 21) Moosbrugger: Ueber die Actinomycose des Menschen. Beiträge zur klin. Chirurgie, herausgegeben von Paul Bruns. Tübingen 1886. 22) Jensen: cf. im Aufsatz von Bang: Die Strahlenpilzerkrankung (Actinomycosis). Deutsche Zeitschr. für Thiermed. Band X. 23) Johne: Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin. Bd. VII. 1881. 24) Marchand: Aufsatz: Actinomycosis in Eulenburg's Real-Encyclopädie. 2. Auflage. 25) Johne: Ref. in Fortschr. der Med. 1885. Band 3. pag. 751. 26) Saur: cf. in der Monographie von Moosbrugger pag. 343. 27) Roser: Deutsche med. Wochenschr. 1886. 28) Chiari: cf. oben Nr. 12. 29) Babes: Virch.'s Arch. Bd. 105. 1886. 30) Jensen: cf. Nr. 22. 31) Johne: cf. Nr. 23. 32) Soltmann: cf. Nr. 17. 33) Florkewitsch: Gazeta lekarska. 1885. Nrn. 45—47. 34) K. N. Winogradow: Actinomycose beim Menschen. Russ. Med. 1885. Nr. 47 und 1886. Nr. 1 und 2. 35), 36) und 37) cf. im «Kalendar dlja wratschei» für das Jahr 1888. Herausg. K. L. Ricker. 38) Canali: cf. Nr. 18. 39) cf. oben in der Monographie Ponfick's Nr. 5, p. 65. 40) Boström: Ueber Actinomycose. Verhandl. des IV. Congresses für innere Med. 1885. pag. 94. 41) O. Israel: Virchow's Archiv. Band XCV. 42) Flügge: Die Mikroorganismen. 2. Aufl. pag. 108. Leipzig 1886. 43) C. Fränkel: Grundriss der Bacterienkunde. Berlin 1887. 2. Auflage.

Berichtigung: pag. 76, Sp. 1. Z. 3 muss es heissen: «infectiösen» statt «ansteckenden»; pag. 76, Sp. 1. Z. 9 muss es heissen: «infectiöse» statt «ansteckende».

Referate.

Hjalmar Heiberg: Ueber Lepra mutilans und trophoneurotische Veränderungen bei Aussatz. (Klinisk Arbog III) Nordisk Med. Arkiv Bd. XIX.

Verf. sucht in seiner Abhandlung zu beweisen, dass die zum Theil sehr bedeutenden Verkrüppelungen der Extremitäten bei Lepra rein trophoneurotischer Natur sind, analysirt die Dystrophien nach traumatischen Nervenläsionen, sowie Charcot's Beobachtungen über Artropathien der Tabetiker und giebt hierauf Zeichnungen und Beschreibungen von leprösen atrophischen Händen und Füssen, welche eine auffallende concentrische Atrophie der Phalangen und verschiedene Verkrüppelungen der Füsse sowie Atrophieen zeigen, die vollständig mit Charcot's „pied tabetique" übereinstimmen. Verf. schreibt dieselben einer leprösen Neuritis zu. Der Abhandlung ist der Querschnitt eines in hohem Grade afficirten Ulnarnerven beigefügt. Bacillen fanden sich nicht.

Buch (Willmanstrand).

Horzetzky: Ueber Wirbelerkrankungen Erwachsener, namentlich auch von Soldaten, und deren Ursachen. (Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. 1887. Heft 9 und 10).

Verfasser unterscheidet 1) äussere Ursachen; Quetschungen und Verstauchungen, Knochenbrüche, Verrenkungen. 2) innere Ursachen: constitutionelle Ursachen, ererbte oder erworbene z. B. Tuberculose, Syphilis etc., welche chronische Entzündungsprocesse der Knochen mit dem Ausgang in Erweichung, Zerfall, Eiterbildung — Caries — veranlassen. — Eine recht grosse Casuistik wird angeführt und an den einzelnen Fällen erläutert Verf. seine Ansicht; er fasst sie am Ende der Schrift in 48 Sätzen zusammen, die im Text nachzulesen sind.

—i—

Himmelfarb: Zur Casuistik des extrapuerperalen Haematoma vulvae. (Med. Obsr. 23, 1887).

Am 19. Oct. 87 wurde in das Odessaer Stadthospital eine 35-jährige Frau aufgenommen, welche über starke, plötzlich vor einer Woche aufgetretene Schmerzen an den äussern Genitalien klagte. Bei der Untersuchung fand sich im Bereiche der linken grossen Schamlefze eine stark mannsfaustgrosse Geschwulst, welche die ganze Dicke des Labium einnimmt, vom Schambein zum Damme sich hinzieht und der Art den Scheideneingang verschliesst, dass die Kranke beim Uriniren die Geschwulst nach aussen schieben muss; sonst ist Alles an den Geschlechtstheilen gesund. Aus der Anamnese ergiebt sich, dass eine Woche vor ihrem Eintritt ins Hospital die Kranke einen Beischlaf mit einem Manne ausgeübt habe, welcher sie gleich nach dem Coitus in den untern Theil der linken Schamlefze gebissen hatte. — Das Haematom wurde lege artis chirurgisch behandelt. Hz.

Jaroschewski: Zur Frage der Behandlung der Intermittens mit Ergotin. (Med. Obsr. 23, 1887).

Dr. Ssawizki lobt ausnehmend im Wratsch 1886. № 52 das Ergotin als unfehlbares Mittel gegen Wechselfieber, was den Verf. veranlasste dasselbe an 24 Kranken zu versuchen. Ein Theil derselben litt zum ersten Male an Intermittens und war 3—9 Tage krank, der andere aber zeigte Recidive früher durchgemachten Wechselfiebers. Verf. ist nun zu dem Resultate gekommen, dass das Ergotin bei Intermittens gänzlich unwirksam sei und auch die vergrösserte Milz nicht verkleinere; auch blieb es unwirksam, wenn es nach Chinin gegeben wurde — die Anfälle bei den Kranken wurden immer durch Chinin geheilt. Hz.

James Israel: Ueber einige plastische Operationen. (Langenbeck's Arch. XXXVI. 2).

Verf. beschreibt eine glückliche Modification der von König angegebenen Methode zur Aufrichtung eingesunkener Nasen durch Bildung des Nasenrückens aus einem Haut-Periost-Knochenlappen der Stirn. (Cf. Referat in dieser Zeitschrift 1886 № 43). Er nahm zunächst den betreffenden Lappen erheblich schmaler, nicht ganz $^3/_4$ Ctm. breit, vereinigte die Stirnwunde lineär und überliess den herabgeklappten und an der Nasenspitze fixirten Lappen der Vernarbung, durch welche eine beträchtliche Heranziehung der Haut von der nunmehr hinteren nach der vorderen entblössten Seite desselben erzielt wurde. Nachdem dies geschehen, löste er die Haut von der medialen Narbe beiderseits wieder bis zum Rande des Knochens ab und schlug dieselbe zurück, um darüber die in der Medianlinie durchtrennte Haut des alten Nasenrückens zu vereinigen. Das Resultat war ein ausserordentlich schönes und bot, da die neue Nase nach innen und aussen normale Epidermisbekleidung aufwies, bedeutende Garantien gegen narbige Schrumpfung. Die hässliche Narbe, welche König nach Entnahme des zweiten grossen Decklappens aus der seitlichen Stirngegend nachbehielt, fiel ganz weg. Ferner war der Nasenrücken von vorn herein schmaler und die Wurzel desselben nicht so stark erhöht.

Zweitens giebt Verf. eine neue Methode der Wangenplastik durch einen langen zungenförmigen Lappen, dessen Stiel in der Gegend des Kieferwinkels liegt, und welcher bis zur Clavicula hinabreicht. Der Lappen wird nach der Wange hinaufgeklappt und so in den Defect genäht, dass die haarlose Haut der Regio supraclavicularis die Stelle der Schleimhaut einnimmt. Gleichzeitig wird der Defect am Halse durch Etagennähte möglichst lineär vereinigt. Nach vollendeter Anheilung wird dann der Stiel durchschnitten, die granulirende Wundseite des Lappens abgeschabt und derselbe doublirt, so dass das hintere Ende am Mundwickel auf dem vorderen Ende zu liegen kommt. Nachdem auch dieses Resultat durch Heilung gesichert ist, wird noch der Mundwinkel mit Lippenroth umsäumt und schliesslich die Oeffnung zwischen dem hinteren Rande des Doppellappens und dem aufsteigenden Kieferast geschlossen. Das Resultat in einem Falle des Verfassers war kosmetisch und functionell sehr befriedigend. G.

Schönberg: Pemphigus bei Kindern, möglicherweise in Zusammenhang mit Ausschlag bei Thieren. (Norsk Mag. for Lägevid. 1886. S. 174).

Verf. theilt zwei Fälle von Pemphigus mit, die wohl durch Infection von Kühen entstanden waren. Im ersten Falle bekam ein 5-jähriger Knabe Pemphigus auf dem Rumpf, den Händen und Füssen und im Munde eine circuläre Stomatitis. Bei zwei Kühen des Gehöftes fand sich vesiculäres Exanthem auf dem Euter. Das Leiden begann mit einer Geschwulst an einem Finger, wo sich durch eine kleine Wunde wohl die Infection vollzogen hatte. Später sah Verf. eine vesiculöse Stomatitis bei einem Kinde, das 8 Tage lang Milch von einer Kuh erhalten hatte, die eine vesiculöse Eruption auf dem Euter hatte. Verf. deutet auf die Möglichkeit hin, dass Stomatitiden häufiger auf diese Weise zu Stande kommen könnten.

Buch (Willmanstrand).

E. Bull: Einige Bemerkungen über Fischpulver. (Klinik Arbog 1886. Nordisk Med. Arkiv XIX).

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein neues norwegisches Ernährungspräparat, das Fischpulver. Er theilt eine Analyse desselben, das ausschliesslich aus dem Fleische des Gadus morrhua besteht, mit. Verf. hat an zweien seiner Assistenten eine Reihe ausführlich mitgetheilter Ernährungsversuche gemacht mit Rousseau's Fleischpulver und dem Fischpulver, aus denen hervorgeht, dass dieses dem Fleischpulver an Nährwerth nicht nachsteht. Verf. hat das Fischpulver auch bei einem Theile seiner Patienten im Hospitale angewandt, doch sind der Untersuchungen noch zu wenige, um sich näher über die Bedeutung auszusprechen, welche das neue Mittel haben kann; jedoch glaubt Verf., dass es in vielen Fällen das theuere Fleischpulver ersetzen könnte, besonders bei neurasthenischen und hysterischen Individuen, wie es auch auf Grund seines Reichthums an Phosphorsäure möglicherweise für Rhachitis von Bedeutung sein könnte. Buch (Willmanstrand).

J. V. Wichmann: Schädliche Wirkung der senkrechten Extension in der Behandlung von Oberschenkelbrüchen rhachitischer Kinder. (Jahrb. f. Kinderheilk. XXVII. 3. 1888. pag. 252—257).

W. hält die senkrechte Extension für eine ganz vorzügliche Methode zur Behandlung von Oberschenkelbrüchen bei nichtrhachitischen Kindern, will dieselbe jedoch bei rhachitischen Kindern am liebsten vermieden sehen. Bei 8 solchen, im Alter von $^3/_4$—$1^3/_4$ Jahren, kam es schon nach 1—8 Tagen zu einer eigenthümlichen Biegsamkeit der Unterschenkelknochen und des Femur (bis zur Consistenz einer elastischen Schlundbougie), während die Diaphysen der anderen, nicht elevirten Extremität von normaler Starrheit blieben. Dabei grosse Empfindlichkeit bei Flexionsversuchen und bei selbst gelindem Druck. Wird die Elevation nicht aufgegeben, so tritt eine ganz geringe Auftreibung der unteren Femur- und oberen Tibiaepiphyse hinzu mit abnormer Schlaffheit des Kniegelenkes ohne Erguss in dasselbe; in einigen Fällen auch eine Verlängerung, an welcher Tibia und Femur participiren. Die Schnelligkeit, mit welcher diese Biegsamkeit fortschreitet, ist ganz verschieden, ebenso der Grad, welchen sie erreicht. Bei einem Kinde, wo W. nach 4 Tagen Elevationsbehandlung im Stande war die beginnende Resistenzverminderung nachzuweisen, wurden die Knochen in den folgenden 24 Stunden schon kautschukähnlich; in anderen Fällen dauert dieses mehrere Wochen. Nach Aufgeben der Elevation werden die Knochen bald rasch wieder hart, in einem Falle schritt der Process trotzdem fort um erst nach etwa 6 Wochen rückgängig zu werden. Zur Ausheilung kamen schliesslich doch alle. Diese Ernährungsstörung, die klinisch einer localen Verschlimmerung des rhachitischen Processes ähnelt, trat bei allen rhachitischen Kindern auf (und nur bei diesen); unabhängig vom Stadium der Rhachitis, unabhängig von deren Behandlung, nur abhängig von der senkrechten Elevation. Alle mit Gypsbandage behandelten Kinder, selbst hochgradig rhachitische, zeigten keine Spur dieser Erkrankung. Voss (Riga).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

C. Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. Sechster Band. Erste Abtheilung. Die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters. Erster Theil. Bearbeitet von C. Schönborn (Würzburg), R. Demme (Bern), F. Weinlechner (Wien), E. von Bergmann (Berlin), C. von Mosengeil (Bonn), O. Witzel (Bonn). Tübingen 1887. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. 8⁰. 664 Seiten. 38 Holzschnitte.

Die erste Hälfte des nun vollständig vorliegenden Bandes ist bereits im Jahre 1882 herausgegeben. Dieselbe umfasst die allgemeine Einleitung von Schönborn über Operationen, Verbände, Wunden etc. im Kindesalter, sowie die Kapitel über die Anaesthetica (Demme), die chirurgischen Krankheiten der Haut (Weinlechner) und die Erkrankungen der Lymphdrüsen (v. Bergmann). Die zweite neuerschienene Hälfte behandelt die Krankheiten der Wirbelsäule; und zwar sind von C. v. Mosengeil die congenitalen Erkrankungen derselben (Spina bifida, Sacraltumoren etc.), sowie die Verkrümmungen, und von Witzel die erworbenen Krankheiten, in specie die Spondylitis, bearbeitet worden. Dass dies vom neuesten Standpuncte der Wissenschaft aus geschehen, ist wohl selbstverständlich. Im Uebrigen dürfte eine ausführlichere Würdigung dieses Sammelwerkes angesichts seines weitverbreiteten und wohlverdienten Rufes überflüssig erscheinen. Auch verbietet sich ein genaueres Referat über seinen Inhalt in Berücksichtigung des uns zugemessenen Raumes von selbst. G.

J. Hock (Wien): Propädeutik für das Studium der Augenheilkunde bearbeitet für Studirende und Aerzte. Stuttgart bei Ferdinand Enke. 1887.

Wie der Verfasser in der Vorrede sagt, hat er sich zur Herausgabe entschlossen, weil in der ophthalmologischen Literatur kein Buch existirt, welches obigen Stoff im Zusammenhange gesondert behandelt. Hiermit hat es seine Richtigkeit, und nicht ohne Interesse haben wir uns an die Lectüre gemacht. In neun Kapiteln werden sämmtliche Untersuchungsmethoden in genügender Ausführlichkeit abgehandelt, und ist auch alles Neue, soweit es sich in der Praxis bereits bewährt hat, berücksichtigt worden. Im Kapitel über Tonometrie hätte wohl auch die Maklakow'sche Methode erwähnt werden können. Will man sich bei Bestimmung des intraoculären Druckes nicht nur auf das eigene Gefühl verlassen, sondern Instrumente anwenden, so ist das Maklakow'sche wohl eines der handlichsten. G—n.

Bericht über die Sitzungen der russischen medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs.

Da die Zahl der in Petersburg bestehenden med. Gesellschaften in den letzten Jahren bedeutend zugenommen und überhaupt das wissenschaftliche Leben einen regen Aufschwung genommen, scheint es uns zeitgemäss auch in der «Pbg. med. W.» regelmässig kurze Berichte zu bringen, welche einen Einblick in das wissenschaftliche Leben und Treiben der einzelnen russischen med. Gesellschaften geben sollen. Vorläufig gedenken wir allmonatlich diese Berichte zu veröffentlichen, wobei wir uns vorherrschend an die im «Wratsch» erscheinenden Berichte anlehnen, da es dem Ref. unmöglich ist, selbst alle Vereine zu besuchen.

I. Gesellschaft der russischen Aerzte.

Sitzung den 7. Januar 1888.

1. Dr. Selenkow berichtet über einen «Fall von Blutcysten des Halses», den er im Obuchowhospital beobachtet hat. Es handelte sich um einen 79-jährigen Paralytiker, bei dem man an der linken Seite des Halses eine derbe, bewegliche, apfelgrosse, angeblich ca. ½ Jahr bestehende Geschwulst bemerkte. Genauere Untersuchung ergab, dass sie hinter und unter dem linken Unterkieferwinkel lag, am Process. mastoid. begann und bis zum unteren ⅓ des M. sternocleidomastoid. hin reichte, die Grösse einer Weiberfaust hatte und zu fluctuiren schien. Nachdem die Probepunction eine klare, blutige Flüssigkeit ergeben, wurden am folgenden Tage per Dieulafoy einige Unzen einer blutigen Flüssigkeit entleert, die beim Kochen sich in Gallert verwandelte. Die mikroskop. Untersuchung ergab veränderte Blutkörperchen. Nachdem nun die Cyste zusammengefallen, konnte man Vergrösserung der längs der Gefässscheide liegenden Lymphgefässe bis zu Taubeneigrösse nachweisen. Die Schilddrüse nicht verändert. 2 Tage darauf war die Cyste wieder prall gefüllt, es stellte sich linksseitiger Schmerz im Kopf und Hals ein, sowie Schlaflosigkeit. Die 2. Punction ergab dasselbe Resultat, wie die erste, doch trat bald wieder Füllung ein. Pat. wurde (bei normaler Temperatur) immer schwächer, das Herz arbeitete schlecht, häufig Cyanose; am 29. Nov. starb er. Die Diagnose war auf *Haematocele colli* (Michaux) gestellt. Die *Section* ergab, dass die Cyste aus 2 Theilen bestand, einem grösseren glattwandigen, mit Endothel und einem kleinen unebenen, mit kurzem Cylinder-Epithel ausgekleideten. Letzteres beweist, dass die Cyste aus einem versprengten Theil der Schilddrüse entstanden.

Die Zahl derartiger Fälle in der Literatur ist eine äusserst geringe.

2. Dr. N. Jakimowitsch theilt einen Fall von «Actinomycosis der Pleura und Lunge» mit, welcher zur Veröffentlichung im «Wratsch» bestimmt ist.

3. Dr. Praksin demonstrirt einen Patienten mit «verheilter Schusswunde der rechten Schläfe und Orbita». Pat. wurde am 13. Aug. in's Marienhospital gebracht, unmittelbar nach der Verletzung. Er war bei vollem Bewusstsein, aus der Wunde und der Nase sickerte Blut. Das rechte Auge derartig vorgequollen, dass die Lider nicht geschlossen werden konnten (daher nach 3 Tagen Ulceration der Cornea). Rechts Blindheit. Vortr. nimmt an, dass die Kugel zwischen Auge und hinterer Orbitalwand durchgehend, den Nervus opticus durchtrennt habe. In 9 Wochen war die Wunde verheilt, das Auge atrophirt.

In den ersten Tagen wusste Pat. nichts davon, was mit ihm vorgegangen, nach 1½ Monaten konnte Pat. nicht mehr bei geschlossenem Auge aufrecht stehen, sondern fällt nach vorn, rechterseits leicht verstärkter Kniereflex, das Muskelgefühl geschwunden, die Hautsensibilität unverändert. Pat. wurde in die Klinik des Prof. Mierschejewski transferirt.

Sitzung den 21. Januar.

1. Privatdocent W. Popow zeigt einen Pat. mit «Verlagerung des einen Hodens». Pat. 24 Jahr alt, aus dem Gouv. Petersburg, kam wegen eines Hautleidens in die Klinik des Prof. B. Tarnowski, wo man Folgendes constatirte: Das Scrotum normal entwickelt, desgleichen der rechte Hoden, in der linken Hälfte des Hodensackes ist kein Testikel zu finden, dagegen bemerkt man am Radix penis, etwas nach links, unter der Haut einen wallnussgrossen Tumor von ovaler Form, offenbar der linke verlagerte Hoden, an welchem auch der Nebenhoden, sowie ein kurzer Samenstrang, der zum linken Inguinalcanal führt, nachweisbar.

Prof. Gruber hat diesen Fall für ein Unicum erklärt.

2. Dr. P. Fedorow: «Ueber die Nahrung der Mönche des Ssolowezki-Klosters» (Gouv. Archangel). Mit geringen Aenderungen besteht sie an 278 Tagen des Jahres stets aus denselben Speisen und zwar aus Suppe aus Stockfisch, Grütze, kaltem und gekochtem Stockfisch und Kohlsuppe. Salz und Gewürze werden nicht gespaart, desgleichen viel Thee und Kwas verabreicht. Daher leiden 16—25% aller Kranken an chron. Magencatarrh und Obstipation. Merkwürdiger Weise kommt aber Scorbut unter den Mönchen garnicht vor, während derselbe unter dem Militär in Archangel alljährlich beobachtet wird.

3. Dr. A. Trojanow: «1 Fall von Lochbruch des Schädels». Am 6. Nov. 1887 wurde ein 19-jähriger Fleischer in's Obuchowhospital gebracht, weil ihm ein Freund mit einem eisernen Haken auf den Kopf geschlagen. Pat. war bewusstlos, Puls 84, Temp. 39,2, die Pupillen erweitert, reagiren nicht, unfreiwilliger Abgang von Harn und Fäces. An der Stirn, etwas nach links und unten von der Mitte der Sutura coronalis eine kleine, mit grauem Schorf bedeckte Wunde, aus welcher sich ruckweise Eiter entleert. die Umgebung derselben in dem Umfange eines Hühnereies vorgequollen und erhöht. Beim Sondiren fand T. einen Defect im Stirnbein mit hineingedrückten Knochensplittern und beginnende Meningitis. T. machte Incision und entfernte die Splitter durch Trepanation, desgleichen eine Partie gequetschter Hirnmasse. Antiseptischer Sublimat-Verband. Genesung.

II. Gesellschaft der Kinderärzte.

Sitzung den 14. Januar.

1. Dr. Wladimirow stellt einen 13-jährigen Knaben vor, an welchem am 27. October 1887 im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg die linksseitige «Thoracoplastik nach Estlander» mit Erfolg ausgeführt worden. Am 27. Nov. war die Wunde bereits vernarbt, obgleich die 4.—7. Rippe entfernt worden. Gegenwärtig hat sich die linke Lunge wieder recht gut ausgedehnt und Pat. fühlt sich wohl.

Prof. Bystrow spricht seine Anerkennung über den günstigen Erfolg aus und fügt nur hinzu, man würde wohl viel seltener zur Rippenresection gezwungen sein, wenn die Eltern mehr mit radicaler Behandlung der frischen Pleuritis einverstanden wären. (Auch im vorliegenden Falle hatten die Eltern den Knaben vor 2 Jahren, als das Exsudat punctirt worden, zu früh aus dem Oldenburger Kinderhospital herausgenommen).

2. Prof. Bystrow theilt «3 Fälle von Meningitis bei Kindern» mit, von denen 2, darunter ein Fall von wahrscheinlicher M. tuberculosa, in Heilung übergingen. Desgleichen erinnert sich B. einiger Fälle aus seiner Praxis, wo er ebenfalls den Verdacht auf M. tuberculosa hatte und die doch gesund wurden.

Dr. Severin weist darauf hin, dass man bei der Section von Meningitis stets auch die Schädelknochen genau untersuchen müsse, da dort zuweilen die tuberculösen Herde zu finden seien.

Dr. Tschoschin fügt noch hinzu, dass der tuberculöse Herd. wie er das ein Mal beobachtet, auch in der Glandula pituitaria sitzen könne.

Dr. Rauchfuss hebt hervor, dass bei tuberculösen Kindern stets auch die Bronchialdrüsen afficirt seien und meint, wenn dieses Zeichen bei Meningitis fehle, könne man am tuberculösen Charakter derselben Zweifel erheben.

Prof. Bystrow giebt Letzteres zu und meint, er habe die Collegen nur darauf aufmerksam machen wollen, dass es Fälle von Meningitis gäbe, die sehr viel Aehnlichkeit mit tuberculöser M. haben.

III. Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit.

Sitzung den 15. Januar.

1. Prof. Woislaw (vom Bergingenieur-Institut) berichtet über die «hydrotechnischen Untersuchungen der Mineralwässer von Poliustrowo» (in nächster Umgebung von Petersburg). Die eisenhaltigen Wasser von Poliustrowo sind bereits zu Peter des Grossen Zeit bekannt gewesen, dem sie von seinem Leibarzt Blumentrost zum Trinken verordnet wurden. Später geriethen sie in Vergessenheit. Erst der jetzige Besitzer des Landstückes, Brusnizin, lenkte die Aufmerksamkeit wieder darauf und hat den Ref. zu neuen Untersuchungen aufgefordert. Ref. fand eine vernagelte Badeanstalt mit 8 Badezimmern vor, sowie einen kleinen Teich, der durch eine Quelle gespeist wird, die gegenwärtig kaum 1½ Eimer pro Minute giebt. Weitere Beobachtungen ergaben jedoch, dass bei entsprechender Organisation es leicht dahin zu bringen wäre, dass man 30,000 Eimer pro die erhält; somit ist die Frage nach der Wasserquantität in günstigem Sinne zu entscheiden.

2. Dr. Brusjanin theilt die Resultate «der chemischen Untersuchung des Eisenwassers von Poliustrowo» mit, die er im Laboratorium des Prof. Dobroslawin vorgenommen: Das Wasser ist klar, geruchlos, farblos, beim Stehen steigen Gasbläschen auf und bildet sich ein Bodensatz von Eisenoxyd. Temperatur 6,5° C.

In einem Liter Wasser sind enthalten:

Fester Rückstand (bei 130° C.)	0,1064 Grm.	
Feste Bestandtheile	0,1004 »	
Kohlensaures Eisenoxydul	0,0411 »	oder
Doppelkohlensaures Eisenoxydul	0,0634 »	
Kohlensaures Manganoxydul	0,0024 »	
Kohlensaurer Kalk	0,0195 »	
Kohlensaures Magnesium	0,0049 »	
Chlornatrium	0,0121 »	
Kieselsäure	0,0155 »	
Salpeter- und salpetrige Säure	— »	
Organische Bestandtheile	— »	
Freie und halbgebundene Kohlensäure	0,0422 »	

Im Vergleich mit anderen Eisenwassern ergiebt sich, dass die Poliustrowoschen den Lipezk'schen und Franzensbädern gleichkommen.

Sitzung den 22. Januar.

1. Dr. Globa macht Mittheilung «über eine neue Art des Tragens der Soldatenranzen», wobei es ihm darauf ankommt, die Schwere des letzteren möglichst gleichmässig zu vertheilen. Hierbei berücksichtigt er in erster Linie das Centrum der Schwere des menschlichen Körpers (in der Höhe des 3. Kreuzwirbels gelegen) und dann wünscht er das Gewicht auf eine möglichst grosse Partie

der Körperoberfläche zu vertheilen. Sein System nähert sich sehr dem in der englischen Armee acceptirten.

Aus der Discussion ging hervor, dass die theoretische Frage, auf welcher G. seine Schlüsse basirt, noch nicht als klargelegt anzusehen ist.

2. Dr. Lipski berichtet über die «Sterblichkeit und Morbilität der Petersburger Bevölkerung», auf Grund der statistischen Berichte der Stadthospitäler (vide die gedruckten Berichte).

Sitzung den 29. Januar.

1. Dr. Sudakow: «Ueber die Bestandtheile einiger in St. Petersburg verkäuflicher Weine». Er kommt zu dem Schluss, dass alle von ihm untersuchten Sorten als gefälscht anzusehen und daher für Kranke nicht zu gebrauchen seien, stets sind es niedrige Weinsorten, mit Beimischung von Schwefelsäure oder Salicylsäure etc. Er spricht die Ansicht aus, es sei daher praktischer für die grossen Hospitäler in deren Apotheken selbst künstliche Weine herzustellen, aus Cognac oder Branntwein mit Zusatz von Acid. tartaricum, Apfelsäure etc. [Ref. scheint uns mit den Hospitalverhältnissen wenig bekannt, denn die Apotheker sind bereits überhäuft mit Arbeit und das niedere Personal sehr zweifelhafter Qualität in Folge der niedrigen Gehalte].

2. Dr. Uspenski: «Ueber die antiseptische Wirkung einer Lösung von Sublimat und Kochsalz in Newa-Wasser». U. prüfte deren Wirkung an einer grossen Reihe verschiedener pathogener, sowie indifferenter Pilze und deren Sporen und erwies es sich, dass meist die Lösung 1 : 1000 völlig genügte bei einer Contactwirkung von 5—10 Minuten. Beim Staphylokokkus pyogenes aureus bedurfte es zur Tödtung einer Lösung von 1 : 500 bei 10 Minuten langer Einwirkung.

3. Dr. Potapow zeigte die Skizzen zu «einem neuen Wagen zum Transport Verwundeter».

IV. Russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft.

Sitzung den 20. Januar.

1. Dr. Multanowski zeigt dem Verein seine, bereits vor 12 Jahren vorgeschlagene «continuirliche Knotennaht», welche der Naht entnommen ist, die Schneider zum Benähen der Knopflöcher anwenden.

2. Dr. Liderwald: «Ein seltener Fall von Vesico-Vaginalfistel bei einem 19-jährigen Weibe», das am 1. Nov. 1887 in die Klinik des Prof. Lebedew aufgenommen wurde. Die Fistel soll angeblich vor 5 Jahren, nach dem Heben einer schweren Last, entstanden sein. Die Urethra erweist sich als sehr eng, die Blase als sehr klein, aus selben führt eine haardünne Fistel zur Mittellinie der Vagina. Die Operation missglückte, es trat Erbrechen ein und Schwund der Kräfte, am 13. Tage Tod. Die *Section* ergab ausser Peritonäaltuberculose Atresie des linken Ureters, Cysten der Nieren und Nephritis suppurativa.

Prof. Lebedew bemerkt zu diesem Falle, dass die Eiterherde in der Niere jedenfalls schon längere Zeit bestanden haben, wofür die Abmagerung der Pat. spricht. Bezüglich der Entstehung der Fistel neigt L. zu dem Verdacht, dass bei Masturbationen mit einer Haarnadel leicht bis in die Blase gestochen worden sein kann.

Dr. Ebermann fügt noch hinzu, dass traumatische Vesico-Vaginalfisteln nicht gerade sehr grosse Seltenheiten bilden. In einem Falle sah er übrigens auch eine Fistel entstehen in Folge von Druck eines Fibromyoms auf die vesicovaginale Scheidewand.

Darin stimmt Dr. E. dem Prof. Lebedew vollkommen bei, dass Haarnadeln eines der häufigsten Masturbationsinstrumente bilden. Einmal hat er als Kern eines Blasensteines eine Haarnadel gefunden. In einem anderen Falle fand er in der Blase ein Bündel Haar.

V. Psychiatrische Gesellschaft.

Sitzung den 30. Januar.

1. Der Secretär, Dr. Rosenbach, verliest den Jahresbericht pro 1887, aus welchem ersichtlich, dass die Gesellschaft aus 69 wirklichen Mitgliedern, 3 Ehrenmitgliedern und 29 correspondirenden Mitgliedern besteht. Auf 8 Sitzungen wurden 19 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht.

2. Dr. Rosenbach theilt folgenden «gerichtlich-psychiatrischen Fall» mit. Im Mai 1886 trat ein verabschiedeter Intendantur-Oberst in die Klinik des Prof. Miershejewski ein und wurde die Diagnose auf *Paralysis ascendens* gestellt. Später stellte es sich heraus, dass er wegen Wechselfälschung unter Gericht stand und im December 1886 wurde er in's Gericht citirt. Obgleich er ein entsprechendes Zeugniss aus der Klinik mitbrachte, konnten sich die Experten doch nicht von seiner Geisteskrankheit überzeugen und wurde Pat. nochmals der Klinik zu weiterer Beobachtung übergeben. Auch in der Sitzung des psychiatr. Vereins im Mai, in welcher R. den Pat. als «atypischen Fall von Paralysis» vorstellte, herrschte getheilte Meinung über die Diagnose. Im November 1887 wurde Pat. auch von den Gerichts-Experten für unzurechnungsfähig erklärt. Am 15. Januar a. c. bekam Pat. einen epileptoiden Anfall, er fing an zu deliriren, die Kräfte verfielen, am 29. Januar trat Apoplexie auf und 2 Stunden darauf starb er. Die *Section* bestätigte die Annahme von Gehirnaffection. Die Pia an verschiedenen Stellen verdickt, jedoch nicht mit der Corticalis verwachsen. Die Seitenventrikel dilatirt, das Ependym granulös, die Gyri deutlich atrophirt. Diese Erscheinungen findet man gewöhnlich bei Paralysis ascendens der Geisteskranken.

3. Prof. Miershejewski stellt je einen Patienten mit Sclerose en plaques und mit «Echolalia» (gedankenloses Wiederholen der vorgesprochenen Worte, nach Art eines Echo) vor.

VI. Russische syphilidolog. und dermatolog. Gesellschaft.

Sitzung den 30. Januar.

1. Dr. Reschetnikow hält einen längeren zum Druck bestimmten Vortrag: «Die Theorie der Hg.-Wirkung bei Syphilis und die Behandlung derselben mit intramusculären Injectionen von Hydrargyrum oxydat. flavum».

Die Arbeit ist von ihm in der syphilit. Abtheilung des städtischen Alexanderhospitals (zum Andenken an den 19. Febr. 1861) unter der Leitung Dr. Petersen's ausgeführt. R. führt die Idee durch, dass wir es entschieden bei der Syphilis mit einer bacteriellen Krankheit zu thun haben und das Hg. unter Anderem parasiticid wirke. Die intramusculären Injectionen von Hg. oxydat. flav. gaben sehr günstige Resultate und sind sie entschieden den Calomelinjectionen vorzuziehen.

Prof. Tarnowski spricht sich äusserst anerkennend über die Arbeit aus, bemerkt jedoch, dass gegen die Bacterientheorie bezüglich der Syphilis noch Vieles einzuwenden sei, z. B. die Heredität, sowie die hereditäre Immunität; die Sättigung des gesunden Körpers mit Hg. schützt nicht vor Infection; während sonst die Sättigung eines Nährbodens mit Hg. das Wachsthum überimpfter Mikroorganismen verhindert, bewirkt bei Syphilis Uebersättigung mit Hg. zuweilen Verschlimmerung des Leidens.

VII. Gesellschaft der St. Petersburger Marine-Aerzte.

Sitzung den 11. Januar.

1. Dr. Uskow: «1 Fall von Actinomycosis».

Am 14. October 1887 wurde ein 46-jähriger Pat. in's Alexander-Barackenhospital wegen multipler Abscesse der rechten Hälfte der Bauchwandungen recipirt. Das Leiden bestand angeblich seit einem Jahre und machte den Eindruck einer Ileopsoas-Erkrankung mit Eiteransammlung unter dem Lig. Poupartii, wo auch ein Abscess eröffnet worden war. Die subcutanen Bauchabscesse waren durch fistulöse Gänge verbunden. Die von Dr. Wassiljew vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab (nach Gram gefärbt) sofort die filzartigen Geflechte des Actinomyces. Nach 40-tägigem Aufenthalt im Spital ging Pat. unter intermittirendem Fieber zu Grunde. Dr. Uskow machte die Section, die Folgendes ergab: An der Bauchhaut sah man zahlreiche, theils runde, theils längliche (bis zu 2 Ctm.), oberflächliche, dunkelrosa Narben, auf einzelnen derselben Ulcerationen mit dünnen, leicht unterminirten Rändern. Mit der Sonde gelangt man theils unter die Epidermis, theils unter die Haut in Gänge (bis zu $2\frac{1}{2}$ Ctm.), die bis zu den Muskeln reichen. In der rechten Scrotofemoralfalte und am Oberschenkel ähnliche Ulcerationen. Von Letzteren aus geht die Sonde unter dem Lig. Poup. bis in die Beckenhöhle. Der Gang ist mit bröckligem Eiter bedeckt. In der Bauchdecke zwischen Rippenrand und Nabel — eine Eiterhöhle mit einem Durchmesser von 11 Ctm., die bereits bei Lebzeiten breit geöffnet ist. Am oberen Ende des Bodens der Höhle ist an vielen Stellen das Peritonäum perforirt. In der *Bauchhöhle* bedeutende trübe Flüssigkeit, in welcher grosse Mengen schwefelgelber Körnchen suspendirt sind. Die *Leber* vergrössert (29—21—$9\frac{1}{2}$ Ctm.) leicht parenchymatös degenerirt. Am vorderen Rande des rechten Lappens, entsprechend den multipeln Oeffnungen im Peritonäum ist eine Partie der Leber durchweg von hanfkorn- bis cedernussgrossen Abscessen durchsetzt. Das *Coecum* in seiner ganzen Ausdehnung mit der Bauchwand verwachsen, seine Schleimhaut in Narbengewebe umgewandelt, zum Theil mit Ulcerationen besetzt, deren Ränder unterminirt. Auch der Endtheil des Ileum (11 Ctm.) an die Bauchwand angewachsen, auf der Mucosa 4 dunkele, oberflächliche Narben, z. Theil ulcerirt. Auf der Schleimhaut des S. romanum theils Narben, theils oberflächliche Ulcerationen. Die in eine dieser Ulcerationen eingeführte Sonde kommt in einen gewundenen Gang, welcher durch Narbengewebe fortziehend bis zum Nabel reicht, aus welchem bei Lebzeiten ebenfalls sich bröckliger Eiter absonderte. In der Flexura colica dextra auf der Schleimhaut ist ebenfalls eine $1\frac{1}{2}$ Ctm. breite Narbe, in deren Mitte eine Oeffnung, durch welche die Sonde wiederum in einen Gang kommt, der bis zu dem degenerirten Theil der Leber führt. — Somit ist es Uskow gelungen eine primäre Erkrankung des Dickdarmes an Actinomycosis zu constatiren, von welchem aus sich die Wege der Ausbreitung deutlich verfolgen liessen. Die nadelförmigen Strahlen des Pilzes lassen sich nach U. am Besten mit Alaun-Carmin färben und dann in Glycerin untersuchen.

2) Dr. Fedorow: «*Ueber die Nahrung der Mönche des Ssolowezki-Klosters*» (identisch mit dem in der Gesellsch. russ. Aerzte gehaltenen Vortrag).

3) Dr. Murinow berichtet über die im Petersburger Marine-Kalinkinhospital angestellten Versuche mit dem *vom Amerikaner Gernegan (?) vorgeschlagenen Verbandmaterial* (Thierhaare, besonders bearbeitet). Nach M. hat dieser neue Verbandstoff nur nachtheilige Seiten. Die Haare sind ungenügend entfettet, trocknen leicht an der Wundfläche an und reizen dann.



Sitzung d. 26. Januar.

1) Dr. Bilibin macht die Mittheilung, dass im vergangenen Herbst bei Matrosen und Rekruten wiederholt *Malaria* beobachtet worden, jedoch liess es sich in allen diesen Fällen constatiren, dass sie aus Fiebergegenden stammen und bereits vor dem Eintritt in den Dienst an Malaria gelitten. Bei Allen fand Ref. auch vergrösserte Milz. Das Fieber trat theils typisch, theils atypisch auf. In letzteren Fällen war die Diagnose überhaupt nicht leicht, da keine klar ausgesprochenen Symptome vorhanden, dagegen Kopfschmerzen, Durchfall oder Obstipation, bei einem Pat. sogar eine Herzneurose, welche den Verdacht auf Herzfehler bedingte. Alle genannten Symptome schwanden jedoch prompt auf Chininbehandlung.

2) Dr. Murinow stellt folgende *3 Patienten* vor. 1) Ein Rekrut, welcher beim Heben des rechten Armes ein Geräusch bewirkt, wahrscheinlich in Folge von Reibung der Scapula. Er wurde für diensttauglich erklärt, da er gut gebaut und ernährt, keine pathol. Erscheinungen aufwies. 2) Ein Rekrut, welcher sich vor 8 Jahren den Vorderarm nach vorn luxirt hatte (in Folge eines Falles vom Pferde). Da sich Bewegungshindernisse vorfanden, wurde er vom Dienst befreit. 3) Ein Fall von verheilter Fractur des Processus coronarius des Ellbogens.

3) Dr. Rambach verlas eine Arbeit *«über Gastein und seine Heilquellen»* (zum Druck in den «Med. Pribawlenija Morsk. Sbornika» bestimmt). O. P.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 24. November 1887.

1) Dr. Germann macht, nach Verlesung des Protokolles der vorigen Sitzung, die Bemerkung, dass er in der von Prof. Poehl mitgetheilten Methode der Hg. Analyse nichts wesentlich Neues finde, verweist auf die 1879 erschienene Dissertation des Dr. Oscar Schmidt „Ein Beitrag zur Frage der Elimination des Quecksilbers aus dem Körper", aus welcher sich ergiebt, dass Kletzinski bereits 1858 die Electrolyse zur Hg. Analyse verwandt, dass Schneider 1861 bereits Goldplättchen dabei benutzt hat.

2) Dr. Anders theilt in einem längeren Vortrage eingehende Studien über „die Bewegungen des menschlichen Hirns unter verschiedenen Einflüssen" mit, die er auf graphischem Wege an Kindern mit Schädeldefecten im Laufe von 7 Jahren beobachtet und die sich sowohl auf den wachenden Zustand wie auch auf den Schlaf beziehen. Der Vortrag wird von Demonstration sehr zahlreicher äusserst instructiver graphischer Curven begleitet.

3) Dr. Magawly demonstrirt ein *neues Instrument* von Hippel (Giessen) zur Implantation der Cornea, welches den Vorzug hat, dass man genau die Dicke des herauszutrepanirenden Stückes dosiren und die Membrana Descemetii schonen kann.

Sitzung vom 8. December 1887.

1. Docent Tiling zeigt «einen Reitknochen» vor, den er am 29. Novemb. a. c. exstirpirt hat dem Fürsten Z., Kaukasier, der sein Leben lang ungemein viel zu Pferde gesessen hat, und jetzt als Cavallerist am 23. Juli a. c. beim Setzen über einen sehr breiten Graben plötzlich einen so heftigen Schmerz in der linken Leistenbeuge verspürte, dass er genöthigt war vom Manöver nach Hause zu fahren. Die linke Leiste war geschwollen, schmerzhaft, in Folge dessen Pat. acht Tage unter kalten Compressen zu Bette lag. Im August konnte Pat. wieder gehen, wenn auch mit Schmerzen, ja ein paar Mal versuchte er zu reiten, aber mit grossen Beschwerden. Ende September sah Dr. Schmitz den Pat. und constatirte einige Zeit darauf, als die Schwellung in der linken Leistenbeuge zum Schwunde gebracht worden war, einen Reitknochen in den Adductoren des linken Oberschenkels. Er sandte den Pat. in das Helenen-Institut zur Aufnahme. Am 27. November ging Pat. am Stock langsam und mit Beschwerden, beim Liegen auf dem Rücken sahen beide Schenkel gleich aus, abducirte man aber den linken, so prominirte deutlich ca. 6—7 Ctm. unterhalb des Schambeins an der inneren, vorderen Fläche des Oberschenkels eine harte Spitze, die sich durch die Haut leicht durchfühlen liess und am Uebergang des horizontalen Schambeinastes in den absteigenden breit und fest inserirte; von vorne nach hinten schien der Knochen unbeweglich, von rechts nach links ein wenig beweglich. Wegen des Ortes der Insertion wurde die Diagnose auf *Reitknochen des M. adductor longus* gestellt. Bei der Exstirpation sah der flach pyramidale Knochen mit seiner grössten, platten Seitenfläche nach vorn und innen und lag nur unter Haut und Fascie, mit den beiden schmäleren Hinterflächen lag er dem M. adductor longus an, dessen musculöse Fasern von den beiden Hinterflächen abgeschnitten werden mussten. An der Aussenfläche des Schambeins unter dem Rande desselben inserirte der Knochen derb faserig, so dass er ohne Meissel oder Säge abgetragen werden konnte. Der entfernte Knochen stellt eine flache, dreiseitige Pyramide dar von 6 Ctm. Höhe und 4½ Ctm. Breite, die vordere Seite ist glatt und platt, die beiden hinteren rauh. Die Basis sehnig, bindegewebig, eine deutliche Corticalis existirt nicht, ebenso wenig eine Markhöhle; in der spongiösen Masse des Knochens finden sich eingesprengte bindegewebige Partien von ca. Erbsengrösse. — Ob in diesem Falle der Reitknochen seine Existenz der Abreissung eines Periosttheiles vom Schambein und Wucherung desselben, oder einer directen Verknöcherung der Fasern des M. adduct. long., also einer echten Myositis ossificans in Folge des Blutergusses verdankt, wagt T. nicht zu entscheiden; die bindegewebige Vereinigung des Reitknochens mit dem Becken spräche für den zweiten Ursprung, wie beim Exercierknochen des Deltoideus, Pectoralis maj., Turnknochen des Brachialis internus, Rectus abdominis und bei den vielfachen Verknöcherungen auf kleine Traumen hin bei der Myositis ossificans multiplex.

2. Dr. Schmitz berichtet, anknüpfend an Doc. Tiling's Mittheilung, kurz über eine vor ca. 3 Jahren von ihm an einem 7-jährigen Mädchen beobachtete Ossification des Clavicular-Ansatzes des M. sternocleidomastoideus. Er entfernte operativ einen ca. 1 Ctm. langen und breiten bindegewebigen, ossificirten Strang. Der Fall verlief gut und beweist, dass man es in derartigen Fällen doch offenbar mit Ablösung des Periostes (meist wohl in Folge nachweisbarer Traumen) als Ursache der Ossification zu thun habe.

3. Dr. Petersen berichtet über einen jüngst von ihm operirten «Fall von Urethralstein» bedeutender Dimension, welcher in einem Divertikel in der Nähe der Pars bulbosa gelegen. Am 4. December trat in's Alexanderhospital ein kräftiger 23-jähriger Bauer aus dem Gouv. Moskau wegen angeblicher Hodengeschwulst. Vor 16 Jahren waren dem Pat. mittelst Perinäalschnittes 2 Steine aus der Blase entfernt worden. Seit 8 Jahren litt er wieder an Harnbeschwerden, die sich alljährlich gesteigert und schliesslich unerträglich geworden. Das Harnlassen war bald schwerer, bald leichter. Die Untersuchung ergab einen Tumor von Hühnereigrösse unterhalb der Pars pendula, eine bedeutende Cystitis und beim Einführen des Catheters stiess man kurz vor der Pars bulbosa auf ein in die Urethra hineinragendes Concrement. Am 6. December wurde der Scrotalschnitt gemacht und ein hühnereigrosser, fest im Diverticulum sitzender Stein entfernt, welcher 60 Grm. wog. Nach genauer Exploration fand man noch einen 2. haselnussgrossen Stein halb in der Urethra, halb im Divertikelhalse steckend, dessen dem Hauptconcrement zugekehrte Fläche wie polirt erschien. Der Verlauf der Wundheilung ist günstig, die Blase wurde drainirt und täglich mit warmer Borlösung ausgespült, die Cystitis nimmt rapid ab.

Die beiden Steine wurden demonstrirt.

4. Anknüpfend an diesen Fall theilt Dr. Petersen noch einen «Fall von Fremdkörper in einem Perinäalabscess» mit. Im Sommer a. c. trat ein ziemlich heruntergekommener 26-jähriger Pat. mit einem Perinäalabscess in's Alexanderhospital ein. Bei der Eröffnung des Abscesses fand der Ordinator, Dr. Plotnikow, in demselben ein ca. 18 Ctm. langes Birkenreis, fünffach zusammengeknickt. Anamnestische Daten waren nicht zu eruiren, offenbar hatte das Birkenreis seinen Weg durch die Urethra in die Perinäalgegend genommen.

5. Dr. v. Grünewaldt hält einen längeren, zum Druck bestimmten Vortrag «über die vaginale Uterusexstirpation».

Discussion. Dr. Wiedemann möchte sich im Allgemeinen vollkommen den von Dr. v. Grünewaldt dargelegten Ansichten anschliessen bezüglich der Uterus-Carcinome. Bei Fibromen des Uterus jedoch scheint ihm die Castration den Vorzug zu verdienen, da eine grosse Reihe von Fällen in der Literatur zeigen, dass die Castration sehr günstig auf Verkleinerung der Uterinfibrome und die Blutung einwirke. Die Operation selbst ist sehr leicht und ungefährlich, wenn die Ovarien nicht verwachsen sind. Die Mortalität nach Castration wegen Fibrom beträgt 5%.

Prof. Bidder entgegnet darauf, dass man höchst selten die Ovarien bei gleichzeitigen Uterinfibromen ganz normal findet und auch nicht selten Verwachsungen vorhanden sind.

Dr. Dombrowski hat sich viel mit der vaginalen Uterusexstirpation beschäftigt und stimmt wesentlich mit Dr. v. Grünewaldt überein, glaubt jedoch, dass bezüglich der Indicationsstellung noch nicht das letzte Wort gesprochen ist. Gewiss werden oft nicht operable Fälle operirt und geben dann einen schlimmen Ausgang. Jetzt wird von allen Seiten gemahnt, möglichst früh zu operiren, um auf diese Weise möglichst günstige Erfolge zu erzielen.

Dr. D. war jüngst in der Lage ein Uteruscarcinom in recht frühem Stadium zu operiren und doch lehrte ihn dieser Fall, dass auch bei den scheinbar leicht operablen Fällen der Ausgang in völlige Heilung sehr fraglich werden könne.

Es handelte sich im erwähnten Falle um ein Carcinom der Vaginalportion, welche bekanntlich die günstigsten Erfolge geben. Der Uterus war klein, beweglich, die Parametrien völlig frei, der Uterus gut herabziehbar. Aber andererseits bestand recht bedeutende Anämie und ein gewisser Grad von Krebscachexie. Die *Operation* wurde am 30. September ausgeführt, in der bereits früher von D. mitgetheilten Weise. Der Puls, der schon vor der Operation ziemlich schwach war, wurde nach derselben noch schlechter. In der Nacht und am folgenden Tage stellte sich Erbrechen ein, das Sensorium nicht frei, Temp. 38,2. Am Abend des 2. Tages Besinnungslosigkeit. Temp. 38,5 und am Morgen des 4. Tages p. op. Tod. Bei der von Dr. de la Croix vorgenommenen *Section* zeigte sich eitriger Belag des Peritonäum und einzelner Darmschlingen, jedoch kein Exsudat, es handelte sich um septische Peritonitis. Bei weiterer Untersuchung fand man den rechten Ureter am Beckeneingang fixirt, er lag in der Höhe der Lin. inominat. in einem derben infiltrirten Bindegewebe, welches, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, bereits krebsig degenerirt war. Es war also bei intactem Parametrium schon Krebsmetastase im Becken aufgetreten.

Dr. Dombrowski demonstrirt den exstirpirten Uterus.

Prof. Bidder wendet sich gegen die von v. Grünewaldt an-

geregte Frage, welche Fälle als operabel, welche als inoperabel anzusehen seien. Dr. B. meint. diese Frage sei durchaus nicht so leicht zu entscheiden, weil namentlich die Beschaffenheit des Septum vesicovaginale in vielen Fällen vor der Operation nicht zu eruiren ist. Jedenfalls hält B. es nicht für zweckmässig, bei Zusammenstellung von Operationsstatistiken alle Fälle auszuschliessen, die sich im Sinne von Dr. v. Gr. als «inoperabel» bei der Operation herausstellen. Dann bekommt man Resultate, die dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens und Könnens nicht entsprechen. Im Uebrigen will B die Totalexstirpation häufig und früh gemacht wissen. weil sie immerhin mehr Chancen als die supravaginale Amputation der Cervix bietet. Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— *Die Bestattung der irdischen Hülle* Leopold v. Holst's fand am Freitag d. 26. Febr. um 3 Uhr aus der Kirche des evangelischen Hospitals statt, wohin die Leiche am Abend vorher übergeführt worden war. An dem mit vielen Kränzen geschmückten Sarge hatte sich ausser der Familie, der Wittwe und vier unmündigen Kindern, eine zahlreiche Trauerversammlung von Verwandten, Freunden, Collegen und Patienten des Verstorbenen eingefunden, die Zeugniss ablegte von der Hochachtung und Liebe, die er sich im Leben erworben hatte. In ergreifenden Worten gab Pastor von Ruckteschell dem Schmerze Aller über das zu frühe Hinscheiden dieses Mannes Ausdruck, der durch seine Wahrhaftigkeit in Wort und That, durch seine Treue in Beruf und Leben uns Allen als Beispiel dienen konnte; in dem wieder ein rechter, treuer Sohn seiner baltischen Heimath dahingeschieden ist. — Nach Vollzug der Funeralien bewegte sich der Trauerzug auf den Smolenski-Kirchhof, auf dem der Verstorbene zur letzten Ruhe gebettet wurde. Am offenen Grabe sprachen Dr. von Grünewaldt und Dr. Metzler, die im Namen der Freunde und Collegen dem theueren Dahingeschiedenen in bewegten Worten den letzten Gruss, den letzten Dank aussprachen für Alles, was er ihnen im Leben gewesen.

— Am 28. Februar fand hieselbst im Conseil-Saale der St. Petersburger Universität die erste Sitzung der neugegründeten *russischen anthropologischen Gesellschaft* statt. Der Gedanke zur Gründung einer anthropologischen Gesellschaft in Russland war bereits auf dem letzten in St. Petersburg tagenden Congress der Naturforscher und Aerzte aufgetaucht, doch erst i. J. 1886 trat ein Organisations-Comité unter dem Vorsitz von Prof. Inostranzew zusammen, welches die Ausarbeitung der Statuten in die Hand nahm. Die neue Gesellschaft hat sich zur Aufgabe gestellt: die Erforschung der menschlichen Racen, namentlich derjenigen, welche Russland bewohnen, in anthropologischer Beziehung; die Verbreitung anthropologischer Kenntnisse in Russland durch Anlegung von anthropologischen Sammlungen und Veranstaltung öffentlicher Vorlesungen über Anthropologie, die Ausrüstung von Expeditionen u. s. w. Das kleine Häuflein der Gründer, welches sich zur Eröffnung der Gesellschaft eingefunden hatte, bestand vorzugsweise aus Professoren der hiesigen Universität und militär-medicinischen Academie. Zum Präsidenten der Gesellschaft wurde der Prof. der St. Petersb. Universität A. Inostranzew (bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Anthropologie und Geologie) gewählt; zum Vicepräsidenten der Prof. der Anatomie an der mil.-med. Academie Taranezki, zum Secretär der Docent der Academie S. Danillo und zum Cassirer die Arztin P. Tarnowskaja. Wir wünschen dem neuen Verein das beste Gedeihen!

— Die Conferenz der hiesigen militär-medicinischen Academie hat den berühmten Physiologen und Ophthalmologen, Prof. Donders in Utrecht, anlässlich seines 40-jährigen Professoren-Jubiläums zum *Ehrenmitgliede der Academie* gewählt.

— Zum diesjährigen Congress der französischen Chirurgen sind von der hiesigen militär-medicinischen Academie der Professor der Chirurgie Nassilow und der Docent W. Popow abdelegirt worden.

— Der Medicinalinspector von Odessa Dr. Korsch hat in der Eigenschaft eines Privatdocenten einen *Cursus über gerichtliche Medicin für Studirende der Jurisprudenz* an der dortigen Universität eröffnet.

— In Kasan hat sich Dr. A. Ponormow als *Privatdocent für interne Medicin habilitirt.*

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat neuerdings den Beschluss gefasst, nur denjenigen Privatdocenten das Lehrjahr anzurechnen, welche ausser den bezahlten Cursen noch einen unentgeltlichen Cursus für die Studirenden abhalten. Als Minimum für einen solchen unentgeltlichen Cursus gilt *eine* Vorlesung wöchentlich im Laufe des Semesters. Auf die ausserhalb St. Petersburgs lebenden Privatdocenten der genannten Academie erstreckt sich diese Bestimmung nicht. (Wr.)

— *Verstorben:* 1) Am 14. Februar in Moskau der frühere Professor der Therapie an der dortigen Universität, Dr. M. Toporow, im 85. Lebensjahre. Der Verstorbene hat von 1832—1860 der Moskauer Universität als Lehrer angehört; in der letzten Zeit war er vollkommen erblindet. — 2) In St. Petersburg am 18. Februar Staatsrath Dr. K. Zepernik. 3) In Woronesh der Gehülfe des dortigen Gouvernements-Medicinalinspectors, wirkl. Staatsrath Dr. Theod. Predtetschenski. 4) In Gries Dr. Franz Ritter v. Skoda, ein Bruder des verstorbenen berühmten Klinikers Prof. Skoda, im 88 Lebensjahre. Der Dahingeschiedene war früher Protomedicus von Böhmen, hatte sich aber schon lange vom Dienst und der Praxis zurückgezogen. 5) In Philadelphia am 23. Januar d. J. Dr. med. Adolf Lippe. Derselbe entstammte der erbherrlich *Weissenfeld*schen Linie des Fürstenhauses *Lippe-Detmold* und ist im Gothaischen Hofkalender in der „Genealogie der europäischen Fürstenhäuser" als der am 11. Mai 1812 geborene Sohn des Grafen *Ludwig* aufgeführt Dr. Lippe gehörte zu den angesehensten Aerzten in Philadelphia; er war ein sehr getreuer und eifriger Anhänger der homöopathischen Heilmethode und hat sich auch als Schriftsteller durch Herausgabe eines umfangreichen und sehr beliebten, in mehreren Auflagen erschienenen „Text-book of Materia medica" ausgezeichnet. Bei seinem Uebertritt in das bürgerliche Berufsleben streifte er auch den ererbten Titel ab, verheirathete sich später bürgerlich und wurde ein entschiedener Republikaner. Die amerikanische Presse widmete dem Verstorbenen sympathische Nachrufe.

— Der „Wratsch" ist in der Lage, nachstehende *Daten über die medicinische Haupt-Unterstützungscasse für die Zeit vom 1. Januar bis zum 22. Februar d. J.* zu bringen: Der Cassenbestand betrug am 1. Januar 1888 in Werthpapieren 119,700 Rbl. und in baarem Gelde 2197 Rbl. 86 Kop.; eingeflossen sind: an Mitgliedsbeiträgen à 10 Rbl. 1200 Rbl.; ein Mitgliedsbeitrag von 15 Rbl. und ein lebenslänglicher Beitrag von 200 Rbl., an Zinsen vom Kapital 270 Rbl. 28 Kop. und aus der Tulaer-Casse 168 Rbl.; ferner wurden durch Dr. Frey 100 Rbl. in Werthpapieren gespendet und Werthpapiere im Betrage von 3000 Rbl. angekauft, so dass der Cassenbestand sich auf 122,800 Rbl. in Werthpapieren und 4061 Rbl. 14 Kop. in baarem Gelde belief. In Ausgabe sind gekommen: an gezahlten Pensionen und Unterstützungen 2505 Rbl. 80 Kop., für die Aufbewahrung der Gelder in der Bank 7 Rbl. 60 Kop., verwandt zum Ankauf von Werthpapieren 1367 Rbl. 31 Kop. in baarem Gelde und 1600 Rbl. in Werthpapieren, zu Kanzelleiausgaben 50 Rbl., im Ganzen also verausgabt 3930 Rbl. 71 Kop. in baarem Gelde und 1600 Rbl. in Werthpapieren. Zum 22. Februar c. ist somit ein Cassenbestand von 121,200 Rbl. in Werthpapieren und 130 Rbl. 43 Kop. in baarem Gelde verblieben.

— Wir haben bereits früher gemeldet, dass der berühmte Geburtshelfer und Gynäkolog, Prof. Dr. v. Scanzoni in Würzburg, von seiner Lehrthätigkeit zurücktritt. Am 17. Februar hielt nun Prof. v. Scanzoni seine *letzte Vorlesung* an der geburtshilflichen Klinik, an welcher er 76 Semester gewirkt hat. Zu dieser Abschiedsvorlesung hatten sich zahlreiche Zuhörer eingefunden — alte und junge Schüler des beliebten Lehrers. v. Scanzoni gab in seiner Abschiedsrede einen hochinteressanten Rückblick auf sein wissenschaftliches Leben. Er erzählte zunächst, wie er, zum Juristen bestimmt, auf der Fahrt zur Prager Hochschule von einem für seine Wissenschaft begeisterten Mediciner für diese Wissenschaft gewonnen worden sei. Zuerst habe er sich in allen möglichen Fächern der Medicin versucht, bis er endlich (mehr aus Zufall) sich der Geburtshilfe und Gynäkologie zugewendet habe. Als Assistenzarzt an der Gebäranstalt in Prag, kaum 28 Jahre alt, an die Würzburger Hochschule berufen, fand er dort ein reiches Feld für seine wissenschaftliche Thätigkeit. In diese Zeit — Anfang der fünfziger Jahre — fielen seine meisten, überaus werthvollen literarischen Leistungen: sein Lehrbuch der Geburtshilfe, seine gynäkologischen Beiträge. Seine Praxis sei damals noch wenig ausgebreitet gewesen. Da erschien eines Tages ein Abgesandter der *Kaiserin von Russland* bei ihm und überbrachte den ehrenvollen Antrag, der hohen Frau in geburtshilflicher Hinsicht zur Seite zu stehen. Von diesem Zeitpuncte an sei er, wie er wohl sagen dürfte, der gesuchteste Geburtshelfer in ganz Deutschland geworden. v. Sc. erzählte dann, dass sich in Würzburg oft gleichzeitig 40 und mehr Personen aus aller Herren Länder aufhielten, um seinen ärztlichen Rath zu erholen. Diese Praxis und seine Lehrthätigkeit hätten ihn aber auch so in Anspruch genommen, dass er in letzter Zeit für die Förderung seiner Wissenschaft wenig mehr habe thun können. Mit rührender Bescheidenheit schloss Redner, dass er nun um seine Pensionirung eingekommen sei, als er gemerkt habe, dass er seinen Schülern nicht mehr das sein könne, was dieselben von ihm zu verlangen berechtigt wären und was er selbst ihnen zu sein wünschte; er habe deshalb beschlossen, sich zurückzuziehen, um als Bauer (Scanzoni besitzt bekanntlich mehrere grössere Güter) sein Leben zu beschliessen.

Diesen Worten Scanzoni's folgten lebhafte Beifallsbezeugungen der Zuhörer.

— Als Nachfolger Prof. Scanzoni's ist der Professor der Geburtshülfe in Breslau, Dr. Fritsche, in Aussicht genommen.

— Dr. G. P. Thomas schlägt eine sehr einfache Methode die *Pediculi pubis* zu tödten, vor, nämlich durch einmalige Application von *Aether* (als Spray). Jedenfalls ist die Aetherisirung der Pediculi für die Haut unschädlicher als deren Chloroformirung, die auch zum Ziele führt. (Monatsschr. f. Dermatol.).

— Der Handwerker St. in Mühlhausen (Thüringen) hatte sich im letzten Kriege ein Leiden zugezogen, gegen welches ihm von den Aerzten Morphiumeinspritzungen verordnet worden waren. Anfangs wandte er diese selten an, seit dem Jahre 1884 aber in solcher Menge, dass bei ihm Morphiumsucht sich ausbildete, nachdem er aus einer Droguenhandlung täglich bis 17 Grm. Morphium zu beziehen in der Lage war. Die Folge davon war seine Unterbringung in einer Irrenheilanstalt. Gegen den betr. *Droguenhändler* und

dessen Gehilfen wurde in Folge dessen die *Anklage wegen fahrlässiger Schädigung der Gesundheit des St.* erhoben und dieselben zu *Geldstrafen* verurtheilt. Die Verurtheilten brachten die Angelegenheit vor das deutsche Reichsgericht und machten bei der Revisionsverhandlung geltend, dass die Körperverletzung nicht durch den Verkauf, sondern durch die Einspritzung erfolgt sei, sie also nicht die Thäter gewesen seien. Wenn St. schon seit 1870 die Morphiumeinspritzungen gemacht, so hätten sie annehmen können, dass er damit vertraut sei und nicht über das rechte Maass hinausgehen würde. Der Reichsanwalt gab dann auch zu, dass ein Verkäufer nicht verantwortlich gemacht werden könne für das, was ein erwachsener Käufer mit dem Kaufobject vornehme; wie aber ein Waffenhändler, der an Kinder Waffen verkauft, verantwortlich sei für alle Folgen, so sei es auch der Droguenhändler in vorliegendem Falle, da ja ein Erwachsener, der der Morphiumsucht unterliegt, als ein Kind anzusehen sei. Daher sei auch mit Recht den Angeklagten die Schuld an der Zerrüttung der Gesundheit des St. aufgebürdet worden, weil Jeder von ihnen den strafbaren Erfolg zu verhindern in der Lage gewesen, aber keiner es gethan. — Dem Antrage des Reichsanwalts entsprechend, *verwarf* sodann das Reichsgericht die *Revision*.

(Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— **Marson** (Journ. de pharmacie et de chimie) giebt folgende *Reaction auf Zucker* in diabetischem Harn an. Man löst 0,10 Ferrum sulphuric. unter leichtem Erwärmen in 8 Cc. Harn und fügt 0,25 Kali causticum hinzu und kocht. Ist der Harn zuckerhaltig, so entsteht ein dunkelgrüner Niederschlag. Die oberhalb befindliche Flüssigkeit ist braunroth oder schwarz, je nach dem Zuckergehalt des Urins. Ist dieser zuckerfrei, so wird bei obigem Verfahren der Niederschlag grünlich-braun und die überstehende Flüssigkeit farblos. (Bullet. de thérap. 1888. № 2). Hz.

— **Traub**, *lösliches Eisensaccharat*. (Bull. commercial de la Pharmacie centrale). Man löst einestheils 100,0 $Fe_2 Cl_6$ in 500,0 Wasser, anderentheils 85,0 Natrum carbonicum (sous-carbonate de soude) in 500,0 Wasser und mischt beide Lösungen. Der gesammelte und gewaschene Niederschlag wird mit 100,0 gepulverten Zuckers verrieben, welchem vorher eine Lösung von 1,50 Natrum causticum in 3,0 Wasser zugesetzt ist, die Mischung im Wasserbade getrocknet, gepulvert; man dosirt dann den Eisengehalt und setzt dann die gehörige Menge Zucker hinzu. Das Präparat ist titrirt und in Wasser vollkommen löslich. (Bullet. de thérap. 1888. № 2). Hz.

— Dr. **Dresch** empfiehlt folgende einfache Methode, *das Schnucken* (Hoquet) zu unterdrücken. Man verstopft mit den Fingerspitzen beide äusseren Gehörgänge und drückt etwas; zu gleicher Zeit trinkt man in kleinen Zügen eine beliebige, von einer anderen Person dargereichte Flüssigkeit. (Bullet. de thérap. 1888. № 4). Hz.

— Ein scharfes Reagens auf Kupfersalze ist eine Mischung von Pyrogallussäure mit einer kalt bereiteten Lösung von Natrum sulphuricum, welche sich bei Spuren von Cu hochroth färbt. (Repert. de pharmacie, Bullet. de thérap. 1882. № 2). Hz.

Vacanzen.

— In *Mossalsk* (Gouv. Kaluga) ist die Stelle eines Landschaftsarztes vom 1. März d. J. an vacant. Der Arzt ist verpflichtet, in der Stadt zu wohnen, 14 Gemeindebezirke zu besorgen und allmonatlich ein Mal 2 Feldscheerpuncte im Bezirk zu befahren. Ferner muss er sowohl in der Stadt, als auch in seinem Bezirk allen sich an ihn wendenden Kranken unentgeltlich ärztliche Hilfe leisten. Beim Auftreten einer Epidemie hat der Arzt Maassnahmen zur Unterdrückung derselben an Ort und Stelle zu ergreifen und ferner in Abwesenheit der Hospitalärzte zeitweilig dieselben zu vertreten. Die jährliche Gage beträgt 1000 Rbl. und zu Fahrten werden 200 Rbl. angewiesen. Hierauf Reflectirende haben sich zu melden bei der „Мосальская Уѣздная Земская Управа".

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 912	12.—18. Febr.	2569	31,1	—	1689	20,6
Paris	2 260 945	12.—18. Febr.	1203	27,6	103	1112	25,8
Brüssel	181 270	4.—11. Febr.	123	33,5	10	96	27,6
Stockholm	216 807	4.—11. Febr.	163	39,0	10	101	24,2
Kopenhagen	290 000	15.—21. Febr.	180	32,3	4	114	20,4
Berlin	1 414 980	12.—18. Febr.	898	33,0	35	537	19,7
Wien	800 836	12.—18. Febr.	546	35,4	28	431	27,9
Pest	442 787	4.—11. Febr.	292	34,3	25	269	32,0
Warschau	439 174	4.—11. Febr.	317	37,5	24	220	26,0
Odessa	268 000	12.—18. Febr.	—	—	2	102	19,8
St. Petersburg	**861 303**	**18.—24. Febr.**	**549**	**33,1**	**24**	**559**	**33,7**

Briefkasten. Herrn Dr. **Andresen** in Jalta und Dr. E. **Braatz** in Libau: Mit Dank erhalten.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. März 1888.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 7. März 1888.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 11. St. Petersburg, 12 (24.) März 1888.

Ueber die pathologisch-anatomische Bedeutung der sogen. Vacuolenbildung in den Nervenzellen.

(Untersuchungen aus der Klinik des Prof. J. P. Miershejewski).

Von

J. A. Anfimow,

Ordinator der Klinik.

In die Reihe der strittigen Fragen in der mikroskopischen Anatomie des Nervengewebes ist jüngst die sogen. Vacuolenbildung der Nervenzellen getreten. Bekanntlich versteht man unter Vacuolen einen theilweisen Verlust des Zellen-Protoplasmas. Dieselben befinden sich theils in der Peripherie, theils im Centrum des Zellenkörpers und stellen bedeutende, ovale leere Räume dar. Zuweilen sind diese Hohlräume so zahlreich, dass die Zelle ein besonderes, siebförmiges Aussehen mit wellenförmigen Rändern und kuppelförmigen Vertiefungen annimmt. Die Ansichten der Autoren über die Bedeutung dieser Vacuolen gehen scharf auseinander; die einen sehen in ihnen den Ausdruck degenerativer Processe in den Nervenzellen, die anderen halten sie für ein Kunstproduct durch die Anfertigung des Präparates oder für eine postmortale Erscheinung. Ein erhöhtes Interesse gewinnt die Frage durch den Umstand, dass sowohl die, so zu sagen, Gönner als auch die Gegner der Vacuolenbildung sich auf experimentelle Untersuchungen stützen.

In der vorliegenden Arbeit beabsichtige ich einestheils die in der Literatur vorhandenen Mittheilungen nach Kräften zu berücksichtigen, andererseits aber meine eigenen, an Thieren (Hunden und Kaninchen) angestellten Untersuchungen darzulegen.

Mir scheint, dass die Vacuolenbildung in ihrer Bedeutung für die Pathologie deshalb zu so verschiedenen Ansichten führte, weil das histologische Bild der Zelle stark verändert wird und das Auftreten eigenartiger Hohlräume nicht mit den bei anderen Entartungen, wie z. B. der fettigen, vorkommenden Bildern stimmt. Bei allen diesen Degenerationen wird die Integrität der Zelle allmälig gestört, diese bietet das Bild eines typischen moleculären Zerfalles des Protoplasmas dar; bei der Vacuolenbildung dagegen scheint es sich um einen viel energischeren Process zu handeln; ein Theil des Zellkörpers wird gewissermaassen necrotisirt und verschwindet irgend wohin. Meiner Ansicht nach gewinnen die Gegner der Vacuolenbildung deshalb immer mehr die Oberhand, weil Charcot[1]) mit seiner gewichtigen Autorität zuerst den pathologischen Ursprung der Vacuolen bezweifelte. Ich komme später auf diesen Punct zurück und lasse vorläufig die Frage über die Entstehung der Vacuolen bei Seite; ich erlaube mir hier einige lehrreiche Thatsachen aus der Physiologie und Pathologie der Zelle im Allgemeinen anzuführen, weil diese Abweichung die fernere Darstellung der uns interessirenden Erscheinung wesentlich erleichtert. Ich führe der Uebersichtlichkeit wegen die Puncte an, bei welchen ich mich aufhalten will.

1) Aus der näheren Einsicht in die neueste Literatur über die Untersuchungen des feineren Baues der Nervenzelle ergiebt sich, dass die Bedingungen zur Vacuolenbildung in der eigenartigen Structur der Zelle vorhanden sind.

2) Es giebt im Leben einiger Zellen (Drüsen, Epithel u. a.) und einzelliger, frei lebender Organismen Augenblicke, in welchen die Vacuolenbildung das Resultat der innerlichen Arbeit darstellt.

3) Wir finden in der medicinischen Literatur Hinweise darauf, dass die Vacuolenbildung in Zellen anderer Gewebe eine pathologische Erscheinung darstellt.

Ich will nun versuchen jede einzelne dieser Thesen zu entwickeln.

Bis vor Kurzem herrschte fast als Axiom unter den Biologen die Ansicht, dass die Zelle (elementarer Organismus, Plastidium u. s. w.), als einfachste Trägerin der lebendigen Kraft, ganz structurlos sei. Das Protoplasma dieser Zelle besteht dieser Ansicht gemäss aus einem körnigen, structurlosen Stoffe, der aus einer Vereinigung der sogen. organogenen Molecüle O, H, N, C, Pb, S u. a. entstehe. Dank der vervollkommneten mikroskopischen Technik hat sich durch eine Reihe sorgfältiger Untersuchungen jetzt die feste Ansicht gebildet, dass die Zelle einen zusammengesetzten histologischen Bau habe. Auf diese Weise ist die einfachste Erscheinung in der Natur gleichzeitig auch die complicir-

[1]) Charcot: Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, übers. von Tetzer. Stuttgart 1878. Bd. II. S. 200.

teste, wie Dove in seinen Vorlesungen über Meteorologie sagt. Wir besitzen augenblicklich eine sehr grosse Literatur über den Bau der Zelle; ich beschränke mich aber auf die Angaben von Leydig[2]) und Brass[3]), welche diese ganze Lehre erschöpfen und für meine Zwecke besonders beweiskräftig sind. Nach Leydig besteht die Zelle aus folgenden Theilen:

1) Aus relativ grossen Fasern, welche sich unter einander verflechten und an den Vereinigungsstellen kleine, knotige Verdickungen aufweisen; diesen Theil nennt Leydig *Substantia opaca s. Spongioplasma* (*Protoplasma* Kupffer, *Mitoma* Flemming).

2) Zwischen diesen Fasern befinden sich allerfeinste homogene Fasern, welche auch in Form von Querbalken, Stäbchen u. s. w. unter einander verflochten sind. Diese stellen nach Leydig die *Substantia hyalina* oder *Hyaloplasma* (*Paraplasma* Kupffer, *Paramitoma* Flemming) dar.

3) Zwischen diesen beiden Fasernetzen befinden sich Höhlungen, welchen, nach Leydig, «man die herkömmliche Bezeichnung ‚Vacuolen' belassen kann» (l. c. p. 35). Sie bilden sich aus den Zwischenfaserräumen, durch deren Zusammenfliessen die *Secreträume* oder *Secretblasen* entstehen, welche ihrerseits ausserdem ein ganzes System von Gängen und Canälen enthalten; diese haben wahrscheinlicher Weise eine den Vacuolen gleiche Bestimmung. Dann beschreibt Leydig ebenso umständlich die anderen Theile der Zelle: die Kerne, die Kernkörperchen, die Umhüllung der Zelle u. a. Diese letzteren Bestandtheile lasse ich, als zu speciell, hier unberücksichtigt, da die angeführten Daten über den Bau der Zelle genügen, um das Zustandekommen der Vacuolenbildung an den Nervenzellen zu erklären.

Die Brass'schen Untersuchungen sind nicht minder interessant. Er stimmt in Bezug auf den allgemeinen Bau der Zelle mit Leydig, Flemming u. A. überein und berücksichtigt besonders die Physiologie der Zelle. Seiner Ansicht nach wohnen jeder Zelle alle wichtigsten Functionen des zusammengesetzten Organismus — Bewegung, Athmung und Theilung d. h. Vermehrung — inne (l. c. p. 150). Durch seine Untersuchungen ist er zu der Ueberzeugung gekommen, dass jeder der genannten Thätigkeiten eine besondere Schicht entspräche, deren er 6 aufzählt: Kernplasma, Ernährungsplasma, Nahrungsplasma, Athmungsplasma, Bewegungs- und endlich Hüllplasma (l. c. 17—19). Uns interessirt hier die dritte Schicht, das Nahrungsplasma, welche das Ernährungsmaterial der Zelle in Form von Fettkörnchen, *Dotter*theilchen (pag. 146) und zuweilen *Hohlräume* enthält, in welchen das Zellensecret sich ansammelt. Diese Hohlräume finden sich auf Tafel VIII, Fig. 7 in einer Zelle aus einem sogen. Bidder'schen Organ, auf Taf. I, Figg. 1, 9 und 14 u. s. w. an einzelligen Organismen.

Brass führte seine Untersuchungen an Eizellen von Amphibien und an einzelligen Protozoen aus, ist aber davon überzeugt, dass alle die oben genannten Schichten mit den ihnen innewohnenden Functionen sich auch an den Gewebszellen höherer Organismen vorfinden, obgleich bei diesen die Differenzirung derselben äusserst schwierig ist. Leydig stellte seine Untersuchungen auch an niederen Thierarten (Arthropoden, Mollusken, Würmer) an und giebt ganz genaue Auskunft über den Bau nervöser Elemente, welche zwischen den beiden Fasersystemen «Vacuolen» haben (cf. Beilage zu seiner Arbeit Taf. I, Fig. 2).

Es ist mithin die Vacuolenbildung in den Nervenzellen nicht etwas Ungewöhnliches, sondern in einem gewissen Grade in den oben beschriebenen, zwischen den Fasern befindlichen Hohlräumen, Gängen und Canälen Vorgebildetes. Es erübrigt darüber klar zu werden, ob wir ein Recht haben die Nervenzellen der höheren Wirbelthiere (Hund und Kaninchen) mit denen niederer Thiere zu vergleichen. Bei näherer Untersuchung stellt es sich heraus, dass diese Analogie schon durch die Aehnlichkeit der Structur bei beiden Thierreihen vollkommen gerechtfertigt wird. Wir wissen, dass der Körper der Nervenzellen bei höheren Thieren aus zwei Schichten besteht, 1) aus einer streifigen, offenbar direct mit den Axencylindern zusammenhängenden Structur (M. Schultze, Ranvier, Owsjannikow u. A.) und 2) aus einer körnigen Schicht, welche nach den Untersuchungen von Leydig, Flemming u. A. wahrscheinlicher Weise aus einem äusserst dichten Netze allerfeinster Fasern besteht (Lawdowski[4]) pag. 353). Es liegt somit kein Grund vor am Vorkommen von intrafibrillären Hohlräumen oder «Vacuolen» (Leydig) zu zweifeln, diese sind aber äusserst klein und können nur mit Hülfe starker Immersionssysteme gesehen werden, während diejenigen, von welchen bei uns die Rede ist, schon beim vierten System also bei geringer Vergrösserung sichtbar sind. Wir können hieraus mit grosser Wahrscheinlichkeit schliessen, dass *die präformirten Vacuolen den Ausgangspunct bilden, von dem aus sich unter pathologischen Verhältnissen* (*Myelitis*) *die Vacuolen im gewöhnlichen Sinne entwickeln.*

Bei der Besprechung des zweiten Punctes halte ich es auch für nothwendig die für die niederen Organismen geltenden Thatsachen mitzutheilen. Es zeigt sich, dass bei einer ganzen Reihe wirbelloser einzelliger Thiere die Vacuolen eine physiologische Erscheinung bilden und durch die Lebensthätigkeit des Protoplasmas bedingt werden. Wir finden in dem werthvollen Werke des Prof. N. P. Wagner[5]) in dieser Beziehung eine ganze Reihe von Angaben, so bei Magosphaera planula (pag. 7), Protomyxa aurantiaca (pag. 39) u. s. w.

Diese Vacuolen, oder wie sie von den Zoologen genannt werden, «contractilen Bläschen» stehen offenbar in einem zweckmässigen Verhältnisse zum Ernährungsprocesse der Zelle, weil sie sich in der Mehrzahl der Fälle zu der Zeit bilden, wo die Zelle irgend welche Nährtheilchen verschluckt hat. Bei dieser Gelegenheit sagt Prof. Wagner: «Nach Analogie mit den höheren Formen der sarkodischen Organismen können wir annehmen, dass in diesen Hohlräumen sich irgend eine Flüssigkeit ansammelt, welche der Monere (dem einfachsten einzelligen Organismus) unnütz ist und nach aussen abgeführt werden muss» (l. c. pag. 37). Als Beweis für eine solche Voraussetzung dient eine Beobachtung an Amöben von Brass, welcher sah, wie die oben beschriebenen Vacuolen sich vom Centrum der Zelle (aus dem Nahrungsplasma) zu ihrer Peripherie bewegten, sich hier öffneten und auf diese Weise ihren Inhalt nach aussen entleerten.

Ausser diesen physiologischen Vacuolen kommen aber bei denselben einzelligen Wesen auch *Hohlräume* entschieden *pathologischen Charakters* vor. So führt Prof. Wagner die Abbildung eines Infusoriums, Paramecium bursaria, vor, auf welcher neben den gewöhnlichen «contractilen Bläschen» noch zwei, aus dem Zellenkerne sich herausbildende Vacuolen sichtbar sind. Er meint, freilich mit einem Fragezeichen, dass letztere *pathologische* Erscheinungen seien, weil dieses Exemplar von Infusorium sich während der Beobachtung im Mikroskop unter künstlichen Bedingungen befunden hätte.

Ausserdem wird in verschiedenen Zellen der Gewebe bei Embryonen höherer Thierclassen Vacuolenbildung beobachtet, welche von keinem Beobachter für ein Product der vorherigen Bearbeitung des Präparates oder für eine postmortale Erscheinung gehalten wird, wie es für die Vacuolenbildung in den Nervenzellen von einigen Autoren angenommen wird. So kann man in den Epithelialzellen des Frosches, des Tritons in der Periode des Verschwindens der sogen. Dotterkörperchen zweifellose Defecte der Zelle in Form von «Vacuolen» sehen, weil offenbar die Dotterkörperchen zum Auf-

[2]) Leydig: Zelle und Gewebe. Neue Beiträge zur Histologie des Thierkörpers. Bonn 1885.

[3]) Brass: Biologische Studien. Die Organisation der thierischen Zelle. Halle I 1883, II 1884.

[4]) Lawdowski: Grundriss der mikroskopischen Anatomie. St. Petersburg. pag. 351 u. a. (Russisch).

[5]) Wagner: Geschichte der Entwickelung des Thierreichs. St. Petersburg 1887. (Russisch).

bau des sich entwickelnden Organismus verwendet wurden und leere Räume hinterliessen. Dasselbe kann man auch an Thieren aus anderen Classen beobachten (Wagner l. c. pag. 398); cf. Aurel von Török[6]) in dessen Untersuchungen über die Entwickelung von Siredon pisciformis u. s. w.

Solche Vacuolen kommen auch bei Wirbelthieren in den Zellen verschiedener Drüsengewebe bei verstärkter Thätigkeit und reichlicher Secretion vor und deuten auf Verbrauch des Zellenprotoplasmas hin. (Lawdowski l. c. pag. 53—54).

Zu derselben Kategorie von Vacuolen physiologischer Herkunft können auch die Hohlräume der Lymphkörperchen höherer Thierarten während der verschiedenen Momente ihrer Thätigkeit als «Phagocyten» (Prof. Metschnikow[7]) gezählt werden. Bei der Verkümmerung des Schwanzes der Froschlarven (in der Periode der Entwickelung des Frosches) kann man eine Menge amöboider Zellen (weisser Blutkörperchen) sehen, welche «ganze Stücke Nerven- und primitiver Muskelfasern» in sich enthalten; etwas Aehnliches sieht man bei der Metamorphose in der Familie der Echinodermata, wobei eine Menge Leucocyten in sich Theilchen zerfallener Zellen aufgenommen haben. In beiden Fällen liegen «die von den mesodermalen Zellen (Leucoyten oder weisse Blutkörperchen) verschlungenen fremden festen Substanzen» zuweilen nicht direct im Protoplasma, sondern in den *Vacuolen*[8]). Die genannten Hohlräume in den Leucocyten enthalten zuweilen pathogene Bacterien, wie solches beim Milzbrand[9]) beobachtet worden ist; diese von den Phagocyten verzehrten Bacterien sind oft bereits zerfallen und erscheint deshalb die Vacuole entweder leer oder mit wenig körnigem Detritus angefüllt.

Ich habe hier Beispiele von Vacuolenbildung in den allerverschiedensten Zellenformen des Thierreichs angeführt und zwar bei freilebenden Zellen (einfachsten Organismen), im Epithel der Amphibien, in den Drüsenzellen höherer Thiere und endlich in den Leucocyten der Amphibien, Stachelhäuter und Wirbelthiere. Das Interesse dieser Daten liegt in dem Umstande, dass damit die Möglichkeit einer natürlichen Vacuolenbildung und dazu im Körper lebender Zellen nachgewiesen und damit die Annahme einer Entstehung solcher Hohlräume durch eine problematische Einwirkung von Chromsalzen auf die Gewebe oder durch postmortale Veränderungen des Protoplasmas hinfällig wird. In Berücksichtigung des Umstandes, dass die fundamentalen Eigenschaften des Protoplasmas in allen Zellen die gleichen sind, erlaube ich mir den Mechanismus der Vacuolenbildung per analogiam auch bei den Zellen höherer Ordnung, wie die Nervenzellen der Wirbelthiere anzunehmen. Die Arbeiten von M. Schultze, Kühne, Brücke, Metschnikow u. A. haben, wie bekannt, erwiesen, dass «die Sarkode einzelliger Organismen, das Protoplasma der Pflanzenzellen und endlich die Thierzelle gleiche Eigenschaften besitzen — es ist eine und dieselbe Substanz, welche als Substrat der Lebenserscheinungen dient, kurz lebende Materie ist.» (Peremeshko[10]): Lehre von der Zelle). Es kann als überzeugender Beweis dieser Thesis das allgemein bekannte biologische Gesetz über die Entwickelungsgeschichte des Eies gelten: in frühen Perioden des embryonalen Lebens der höchsten Wirbelthiere wiederholt sich in gedrängter Form die Entwickelungsgeschichte des ganzen Thierreichs. Das Ei höherer Formen unterliegt ebenso denselben Erscheinungen der primären Theilung, wie die allereinfachsten Thierformen, der Unterschied besteht aber darin, dass die letzteren auf der ersten Entwickelungsstufe stehen bleiben, während jene sich weiter ausbilden. «Das Ei stellt, so zu sagen, ein Resumé aller dieser mehr oder weniger langen Reihen dar». (Wagner l. c. pag. 4).

Meiner Ansicht nach ist die Annahme nicht abzuweisen, dass bei gewissen pathologischen Zuständen (Myelitis, Intoxicationen) in den Nervenzellen ein Zerfall gewisser Producte vor sich gehe, ähnlich demjenigen, welcher bei der Resorption der Dotterkugeln im Froschei auftritt. Etwas Aehnliches findet sich in den Beobachtungen von Neisser[11]); bei der Lepra sterben die Bacillen in gewissen Leprazellen (veränderten weissen Blutkörperchen) ab und hinterlassen beim Zerfallen eine Vacuole; nach Neisser erklärt sich auf diese Weise «die, die Gelehrten schon lange beschäftigende Vacuolenbildung». Köbner[12]) meint, bei der Beurtheilung der Neisser'schen Arbeit, auch, dass die Vacuolen der beschriebenen Zellen den Ort der zerfallenen Bacillen darstellen. Freilich handelt es sich hier um Bacterien, einem dem Protoplasma fremden Producte, doch können ja die gleichen Folgeerscheinungen bei der Resorption pathologischer oder irgend welcher anderer (z. B. nutritiver) Producte auftreten. Nach den Beobachtungen von Brass kann man in jeder Zelle ein Reservematerial annehmen; nach ihm kann jede Zelle, welche entweder grössere Arbeit leisten oder nach einiger Zeit einen neuen Organismus hervorbringen muss, sich nicht mit dem aus dem Nachbargewebe entnommenen Nährmateriale begnügen, sondern muss durchaus in sich selbst Reservematerial beherbergen, welches in ihrem Nahrungsplasma in Form von Dotter oder als Fettkörper enthalten ist, wie es bei einigen Arthropoden beobachtet wird (l. c. pag. 145—146).

Ich gehe jetzt zum 3. Puncte über, der die Frage einer solchen Vacuolenbildung in den Zellen behandelt, an deren pathologischer Herkunft, so viel mir bekannt, noch Niemand gezweifelt hat. Hier folgen einige Literaturangaben über diesen Gegenstand.

Martini[13]) fand in einem Falle von Pseudohypertrophie der Muskeln eine eigenthümliche Veränderung der Primitivfasern, welche er als «seröse Degeneration» zu bezeichnen vorschlägt. Er sah auf Querschnitten einiger Muskelfasern 10—12 ovale Oeffnungen und erinnerte der Querschnitt in diesen Fällen an eine Gitterplatte. Der Inhalt dieser Hohlräume war in frischem Zustande homogen, nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit — trübkörnig und wird von Martini für eine albuminöse Flüssigkeit gehalten. Offenbar haben wir hier das Bild der Vacuolenbildung auf der Stelle der Stützsubstanz der Muskeln (Prof. Iwanowski[14]).

Schwalbe[15]) hat schon früher Vacuolenbildung in den Endothelzellen der Descemet'schen Membran beschrieben, welche er aber für Altersveränderungen hält, da er sie nur an den Augen alter Leute gesehen.

E. Wagner[16]) sah in einem Falle von progressiver Muskelatrophie dasselbe Bild wie Martini.

Prof. Slawjanski[17]) fand Vacuolenbildung in den Zellen der Serosa des Kanincheneies. In einer gewissen

[6]) Aurel von Török: Ueber formative Differenzirungen in den Embryonalzellen ... (Archiv f. mikrosk. Anat. Bd. 13. pag. 756. 1877).

[7]) Metschnikow: Untersuchungen über mesoderme Phagocyten einiger Wirbelthiere. (Rus. Med. 1884. № 1). Russisch.

[8]) Metschnikow: Untersuchungen über intracelluläre Verdauung bei Wirbellosen. (Rus. Med. 1883. №№ 3—6. pag. 84). Russisch.

[9]) Metschnikow: Ueber das Verhältniss der Phagocyten zu den Milzbrandbacillen. (Ibidem № 24 u. 25. 1884).

[10]) Lawdowski: Lehrbuch der mikroskopischen Anatomie. l. c. pag. 51.

[11]) Neisser: Weitere Beiträge zur Aetiologie der Lepra. (Virch. Arch. Bd 84, pag. 520).

[12]) Köbner: Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere. (Virch. Arch. Bd 88. 1882. pag. 282).

[13]) Martini: Zur Kenntniss der Atrophia musculorum lipomatosa. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1871. № 41).

[14]) Iwanowski: Lehrbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie. St. Petersburg 1885. pag. 704. (Russisch).

[15]) Schwalbe: Untersuchungen über Lymphbahnen des Auges. (Arch. f. mikrosk. Anat. 1870. Bd VI. Taf. II. Fig. 15).

[16]) E. Wagner: Fall einer seltenen Muskelkrankheit. (Arch. d. Heilk. 1863. pag. 282).

[17]) Slawjanski: Zur Physiologie der Zelle. (Rudnew's Journ. für normale und pathologische Histologie 1873. Januar und Februar. pag. 41. (Russisch).

Entwickelungsperiode desselben degenerirt die Serosa, verschmilzt dabei mit anderen Geweben des Embryo und wird theilweise resorbirt. An diesen letzteren Stellen sah Sl. im Plattenepithel eine Menge ovaler Oeffnungen im Centrum der Zellen. In späteren Stadien der Entartung erscheinen die Zellen derart vermehrt, dass das Präparat netzförmig erscheint, die Contouren der Zellen sich verwischen und die Vacuolen sich deutlich vergrössern. Auf der der Arbeit beigefügten Tafel giebt Fig. 3 ein Bild der beschriebenen Vacuolenbildung.

Nikoljski[18]) injicirte Fröschen subcutan Chlorammonium und einige andere Stoffe, um deren Wirkung auf verschiedene Gewebe zu studiren, wobei er bemerkte, dass nach einiger Zeit (1/2 bis einige Stunden) die rothen Blutkörperchen eine deutliche Vacuolenbildung darboten. In den ersten Augenblicken der Einwirkung des Chlorammoniums stellte die Vacuolenbildung helle Puncte dar, welche sich allmälig vergrösserten und schliesslich als bedeutende Hohlräume im Protoplasma des Körperchens erschienen. Solche Vacuolen sah N. auch in den rothen Blutkörperchen von Hechten und Tauben, wozu aber eine grössere Menge Chlorammoniums erforderlich war. Die Vacuolenbildung in den Blutkörperchen verschwand einige Tage nach der letzten Injection.

Ein besonderes Interesse bietet die Arbeit Friedrich Schultze's[19]), welcher, wie wir weiter unten sehen werden, die Vacuolenbildung in den Nervenzellen für ein Kunstproduct durch Einwirkung der Erhärtungsflüssigkeit hält, während er den Vacuolen in den Muskelelementen bei der progressiven Muskelatrophie einen pathologischen Charakter zuschreibt; auf Taf. II, Fig. 3 seiner Arbeit ist eine schöne Abbildung einer Vacuolenbildung in den bezeichneten Muskeltheilen zu sehen. Er hält die von ihm beschriebene Entartung des Muskelgewebes für analog der Martinischen «serösen Degeneration» (s. o.) und meint, dass man diese Vacuolenbildung weder von der Einwirkung der erhärtenden Stoffe ableiten, noch als postmortale Erscheinung auffassen könne, weil die Muskeln rechtzeitig in die conservirende Flüssigkeit gelegt wurden; und wenn auch bei normalen Muskeln eine Andeutung der beschriebenen Erscheinung vorhanden war, so war sie lange nicht so bedeutend, wie an dem erkrankten Muskel (cf. pag. 17). Augenscheinlich hat Fr. Schultze im normalen Muskelgewebe nie etwas von Vacuolenbildung im gewöhnlichen Wortsinne gesehen, da er nur von einer «gewissen Andeutung» dieser Erscheinung spricht und ausserdem, seiner Meinung nach, weder die Müller'sche noch andere Flüssigkeiten, bei der vorherigen Bearbeitung der Präparate, die gesunde contractile Substanz des Muskelgewebes aufzulösen vermögen (pag. 24—25). Wenn er aber vom Nervengewebe spricht (s. u.), so zieht er die eben mitgetheilten Argumente zum Beweise einer völlig entgegengesetzten Meinung heran: das äusserst zarte Gewebe des Rückenmarks beim Kaninchen unterliege sehr leicht der Einwirkung härtender Flüssigkeiten und bietet auf solche Weise eine günstige Gelegenheit zur Vacuolenbildung der nervösen Elemente.

In der allerletzten Zeit hat E. Wagner[20]) in einem Falle eine ähnliche Veränderung des Muskelgewebes beschrieben, welcher er den Namen *Polymyositis acuta* (analog der Polyneuritis) gegeben hat. Die von ihm gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen hält er für vollkommen identisch mit den von Fr. Schultze beschriebenen und bestanden diese in Folgendem: Auf Querschnitten zeigten die Muskelelemente kleinere und grössere, gewöhnlich scharf begrenzte, runde oder ovale Hohlräume; im letzteren Falle waren sie parallel der Längsaxe der Muskelfaser gelagert. Diese Vacuolen befanden sich theils in der Peripherie, theils im Centrum der Muskelfaser, ihre Anzahl war verschieden, zuweilen traf man 10—30 auf einer Faser, wenn diese in ihrem Längsdurchmesser von einem Flächenschnitte getroffen worden war. Diese Hohlräume waren entweder leer oder enthielten wenig körnigen Detritus, welcher wie zerfallene Kerne aussah. Wagner hat, ebenso wie Fr. Schultze, seiner Abhandlung Zeichnungen beigelegt; auf Fig. 1—3 kann man die von ihm beschriebenen Veränderungen sehr deutlich sehen.

(Schluss folgt).

[18]) Nikoljski: Zur Vacuolenbildung in den rothen Blutkörperchen. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1885. № 44).

[19]) Fr. Schulze: Ueber den mit Hypertrophie verbundenen progressiven Muskelschwund etc. Wiesbaden 1886.

[20]) E. Wagner: Ein Fall von acuter Polymyositis. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1887. Bd 40, № 3 u. 4. S. 241).

Zur Therapie der übermässigen Fettleibigkeit.

Von
Medicinalrath Dr. E. Heinrich Kisch
a. o. Professor der Prager Universität und dirigirender Hospital- und Brunnenarzt in *Marienbad*.

Im Jahrgange 1884 № 16 dieser Zeitschrift habe ich meine Methode der Cur der Fettleibigkeit in *Marienbad* mitgetheilt und ergänzend möchte ich in den folgenden Zeilen die Grundsätze darlegen, welche ich für jede *diätetische Behandlung* der Fettleibigkeit aufstelle und nach denen ich seit einer Reihe von Jahren verfahre. Die machtvolle Bedeutung der diätetischen Heilmethode für die in Rede stehende Stoffwechselerkrankung bedarf keiner weitläufigen Erörterung, nur über das Wie? gehen bekanntlich die Ansichten sehr weit auseinander. Die Postulate, welche ich auf Grundlage physiologischer und Erfahrungsthatsachen erhebe, lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen:

1) Vermeidung jeden *Uebermaasses* im Genusse der Nahrungsstoffe, Herabsetzung der Menge der letzteren auf ein geringeres als dem Fettleibigen bisher gewohntes Maass, jedoch mit Einhaltung der *Grenze*, bei welcher der Körper auf seinem stofflichen Bestande erhalten werden kann. Der Fettleibige darf nur 3 bis 4 mal am Tage Mahlzeiten halten, in der Zwischenzeit aber keine Nahrungsmittel nehmen.

2) Was die *Qualität* der Nahrungsstoffe betrifft, so lege ich das Hauptgewicht auf eine vollständig ausreichende, dem Ernährungszustande und den Lebensverhältnissen des Individuums entsprechende *Eiweisszufuhr*, lasse nebenbei eine mässige Menge *Kohlenhydrate* geniessen und reducire die *Fettzuführung* auf ein Minimum. Der Küchenzettel muss genau vorgeschrieben werden, die *Veränderung der bisherigen Gewohnheiten* ist dabei maassgebend.

3) Die *Flüssigkeitszufuhr* wird durchaus *nicht* beschränkt, sondern die geeigneten Getränke (Alkoholgenuss ausgenommen) werden nach Bedürfniss gestattet; nur *während* der Mahlzeiten soll wenig getrunken werden. Um das gesteigerte Durstgefühl zu mindern, andererseits aber um die Diurese anzuregen, empfehle ich reichlichen Genuss kalten und kohlensäurehaltigen Trinkwassers. Anaemische Fettleibige dürfen nicht so viel trinken wie plethorische. Wo *Herzinsufficienz* vorhanden ist, hydraemische und hydropische Erscheinungen auftreten, soll die Flüssigkeitszufuhr eine *geringere* als in der Norm sein.

4) Von Wichtigkeit sind systematisch geübte *körperliche Bewegungen* und Anstrengungen (Spazierengehen, Bergsteigen) mit besonders sorgfältiger Berücksichtigung des Zustandes des Mastfettherzens. Dabei Anregung der *geistigen* Thätigkeit und völlige *Umgestaltung* der gewohnten Lebensweise.

5) Herabsetzung der *Dauer des Schlafes*, Verbot des Schlafens bei Tage, Beschränkung desselben auf die Dauer von 6 bis 7 Stunden des Nachts.

6) Anregung des *Stoffwechsels* durch *Bäder* von nicht hoher Temperatur und kalte Abreibungen; bei intactem Herz- und Gefässzustande Dampfbäder mit nachfolgender kalter Abreibung. Beförderung regelmässiger täglicher *Stuhlentleerung*. Mindestens zeitweiliger Aufenthalt in waldreicher *Gebirgsgegend*.

Bei der consequenten Durchführung dieser Principien der diätetischen Behandlung Fettleibiger habe ich eine allmälige

aber stetige, langsame aber dauernde Abnahme des überschüssigen Fettes gesehen, ohne dass der Kräftezustand des Individuums dabei wesentlich herabgesetzt wurde. Will man nun intensivere Abnahme des Körperfettes erzielen und handelt es sich um *hochgradige* Formen von Fettleibigkeit, so empfiehlt sich mit dieser diätetischen Behandlung einmal im Jahre oder in 2 Jahren eine 4 bis 6 wöchentliche Brunnencur mit den *kalten Glaubersalz*wässern. Auf solche combinirte Weise gelingt es oft ganz merkwürdige bedeutende Fettreduction herbeizuführen. So sind mir Fälle vorgekommen, wo es gelang *binnen Jahresfrist* eine Herabminderung des Körpergewichtes von 320 Pfund um 90 Pfund, eine Reducirung des Körpergewichtes von 286 Pfund um 74 Pfund u. s. w. zu erzielen.

Gewöhnlich findet bei einer diätetischen Behandlung der Fettleibigkeit die grösste Fettabnahme in der *ersten* Behandlungs*woche*, zuweilen in den ersten 2 bis 3 Tagen statt, dann ist die Abnahme in gewisser stetiger Weise alltäglich nachweisbar, hie und da bemerkt man einen Stillstand durch einige Tage oder gar eine Zunahme des Körpergewichtes. Meistens ist nach einigen Wochen einer diätetischen fettentziehenden Methode der tiefste Stand der Fettabnahme auf einige Zeit erreicht und es bleibt dann das Körpergewicht auf diesem Niveau stehen.

Systematische *Körperwägungen* sind dabei von grosser Bedeutung, um jede stärkere Fettansammlung zu controliren und derselben sogleich durch geeignete Maassregeln zu begegnen. Während der Behandlung muss *täglich* eine solche Körperwägung vorgenommen werden, am besten des Morgens nüchtern und nach Entleerung der Blase.

Referate.

Beloussow (Odojew): Beobachtungen über einige klinische Formen syphilitischer, extrasexuell erworbener, primärer Infection. (Med. Obsr. 21).

Vorliegender Aufsatz ist eine weitere Ausführung eines auf dem 2. Congresse russischer Aerzte gehaltenen Vortrags. Hier kann nur das Schlussresultat der sehr weitschichtigen Arbeit gegeben werden; die anamnestischen Aufnahmen sind nach Verf.'s Versicherung mit der grössten Vorsicht und Sorgfalt gemacht worden. Im Ganzen sind 11 Fälle beschrieben. 3 Mal befand sich die primäre Affection auf der Mamma in der Nähe der Brustwarze, 1 Mal auf der Haut der Unterlippe, 1 Mal auf der Oberlippenschleimhaut an der Hautgrenze, 2 Mal auf der Zunge, 1 Mal auf dem vordern Gaumenbogen und einem Theil der Mandel, 4 Mal auf den Mandeln. Auf den Hautdecken erschien in 4 Fällen 3 Mal die Primäraffection als typischer harter Schanker, 1 Mal als harte Papel, auf der Zunge ein Mal als eine etwas härtere Schleimpapel, ein Mal aber als fast trockene und sehr feste Papel. Auf der Oberlippenschleimhaut war eine oberflächliche Erosion mit der Tendenz zur Umwandelung in eine Schleimpapel ohne jegliche Verhärtung vorhanden; ihr vorderer Rand aber zeigte alle die Charaktere, welche den auf der Oberhaut auftretenden syphilitischen Primäraffectionen eigenthümlich sind. Zwei der erkrankten Mandeln waren vergrössert und etwas härter, doch nicht sklerosirt, in den beiden anderen Fällen und bei der Primäraffection am weichen Gaumen war weder Vergrösserung der Drüsen noch irgend eine Verhärtung zu sehen. Die ~~Geschwüre auf den~~ Mandeln hatten mit einer Ausnahme mehr das Aussehen einer Erosion, welche vor dem Auftreten der Secundärerscheinungen sich in Schleimpapeln umwandelten. Allen primärsyphilitischen Affectionen der Oberhaut und der Schleimhäute waren gemeinsam: die Begrenzung der Erkankung, langsamer Verlauf, sehr geringe Empfindlichkeit, Mangel an allgemeiner Reaction in den ersten Wochen der Erkrankung und das langsame, schmerzlose Anschwellen der, dem locus affectionis benachbarten Lymphdrüsen; ausserdem waren die primären Affectionen von Stauungshyperämie umgeben.

Leider sind in den Krankengeschichten, trotz ihrer Vollständigkeit hinsichtlich des klinischen Bildes, keine verwerthbaren Daten über den Weg der Ansteckung zu finden; alle Kranken aber stammen aus Familien, in denen Syphilis noch herrscht oder geherrscht hat. Dem Geschlechte nach waren unter den 11 Kranken 2 Männer (Knaben) und 9 Weiber, im Alter von 1, 4½ (beides Knaben) 20, 24, 26, 30, 36, 37, 3?, 40 und 50 Jahren. Hz.

A. Wide (Stockholm): Ueber therapeutisches Nervdrücken. (Nord. med. Arkiv XIX. 10).

(Die sog. schwedische Heilgymnastik ist nur zum Theil eine wirkliche Gymnastik, zum grossen Theil gehören in das System derselben eine Reihe von sog. passiven Bewegungen, wo nur der Gymnast aktiv ist, die also in das Gebiet dessen gehören würden, was heute Massage genannt wird. Zu diesen gehört auch das schon von Lingg, dem Begründer des Systemes, als therapeutisches Mittel eingeführte Nervdrücken. Dasselbe bestand bisher nur in einer manuellen Compression eines Nervenstammes meist in der Form des sog. Schüttel- oder Zitterdrückens. Obgleich das Mittel sehr häufig von den Heilgymnasten angewandt wird, so existiren doch eigentlich keine genauen Indicationen dafür. Ref.).

Dr. Wide veröffentlicht nun 3 sorgfältig beschriebene Krankengeschichten, wo das Nervdrücken, zum Theil von ihm modificirt, mit auffallendem Erfolge angewandt wurde. Der eine Fall von Verf. Pronations- und Supinationstremor genannt, Charcot's *Chorée rhytmée* nahestehend, in dem «Hand und Vorderarm beständig in ziemlich grossen und sehr raschen Pronations- und Supinationsbewegungen hin und her bewegt wurden», wurde durch Nerven-Compression vollständig geheilt. Dies geschah durch ein Schraubentourniquet, das auf den N. medianus und radialis ungefähr in der Mitte des Oberarmes einen mässigen aber constanten Druck ausübte, 2—8 Stunden lang täglich. Der zweite Fall, Accessoriuskrampf betreffend, wurde in ähnlicher Weise behandelt, durch Druck auf den Accessoriusstamm bei seinem Eintritt unter den M. cucullaris und zwar mittelst eines Lederriemens, der sich auf der genannten Stelle kreuzte. Der dritte Fall, Parese und Atrophie im Gebiet des rechten N. radialis, wurde mittelst kurz dauernder etwa 100 mal in jeder Sitzung wiederholter Reizungen an der Stelle, wo der Nerv den Sulcus spiralis humeri verlässt, geheilt, in der Weise «dass der Finger unter schwachem Druck quer über den Nerven geführt wurde, so dass derselbe sich etwas verschob». Es wurde jede Reizung durch ziemlich kräftige Muskelcontractionen (bei elektrischer Entartungsreaction) beantwortet. Durch Versuche musste in allen 3 Fällen anfangs immer die Stelle ausfindig gemacht werden, von welcher der Effekt zu erreichen war. Buch (Willmanstrand).

Jacques Borelius: Ein Fall von Nabelverblutung bei einem 12-tägigen Kinde. (Upsaler läkareför. förhandl. 22, S. 40. Nordisk Med. Arkiv XIX).

Das Kind war mehrere Wochen zu früh geboren und hatte 5—6 Stunden aus dem Nabel geblutet, ehe Verf. gerufen wurde. Der äussere Nabel wurde durch mehrere Seidensuturen zusammengeschnürt, doch ~~stellten sich~~ die ~~Blutungen~~ wieder ein und machten bald dem Leben des schwachen atrophischen Kindes ein Ende. Hemophilie fand sich nicht in der Familie; Septicämie war nicht anzunehmen. Doch wurde der Vater des Kindes zur selben Zeit an secundärer Syphilis behandelt. Buch (Willmanstrand).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

G. Bunge: Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. Leipzig 1887. — F. C. W. Vogel.

«Ein Lehrbuch, sagt Verf. in dem Vorwort, hat die Aufgabe den Anfänger in anregender Weise in den Gegenstand einzuführen, ihn mit den Hauptergebnissen der Forschung nach dem Zusammenhang der Erscheinungen vertraut zu machen. Eine Fülle zusammenhangsloser Thatsachen und blosser Beschreibung würde den Anfänger ermüden, abspannen und abschrecken . Ist dagegen durch ein — auch noch so lückenhaftes, aber anregendes Lehrbuch das Interesse für den Gegenstand geweckt, so werden die Lücken nachträglich leicht durch häufiges Nachschlagen in den Handbüchern, am Besten aber durch fleissiges Studium der Originalarbeiten ausgefüllt». Verf. hat die Aufgabe, welche er sich gestellt hat, ein anregendes Lehrbuch der physiologischen Chemie zu schreiben, in wahrhaft glänzender Weise gelöst. Man kann von dem Buch sagen, dass derjenige, welcher die Lectüre desselben begonnen hat, es nicht wieder aus der Hand legen wird — so fesselnd und interessant ist die Darstellungsweise. Mancher unserer Leser wird sich noch mit Freude der vortrefflichen physiologisch-chemischen Vorträge erinnern, welche Bunge als Docent seiner Zeit in Dorpat gehalten hat. Die Zusammenstellung und Ausarbeitung derselben stellt das vorliegende Werk dar. Dasselbe, 364 Seiten lang, handelt die gesammte physiologische Chemie in zwanzig Vorlesungen ab. Besonders gelungen sind die Kapitel, welche Gebiete behandeln, auf denen Bunge selbst productiv gearbeitet hat, so z. B. dasjenige, in welchem die anorganischen Nahrungsstoffe und unter diesen besonders eingehend das Kochsalz besprochen werden. Was die Darstellungsweise betrifft, so ist die Behandlung der Fragen fast durchgehend historisch-problematisch d. h. es wird in historischer Weise die allmälige Entwicklung der einzelnen physiologisch-chemischen Probleme resp. deren Beantwortung dargelegt, der augenblickliche Stand unseres Wissens und das, was als nächste Arbeitsaufgabe sich ergiebt, fixirt. Die Berücksichtigung der Literatur der letzten Jahrzehnte ist eine sehr vollständige und B.'s Urtheil über die Verdienste der einzelnen Forscher ein billiges und gerechtes. Ferner muss an B.'s Arbeit rühmend hervorgehoben werden, dass alle Detailangaben, welche noch keine Verwerthung für allgemeine Gesichtspuncte zulassen, vermieden sind, so dass auch dem chemisch weniger Bewanderten das Buch verständlich ist. So können wir denn jedem Arzt B.'s Arbeit auf das wärmste und lebhafteste empfehlen — es ist eine classische Leistung. W. v. Schroeder (Strassburg).

Vermischtes.

— Dr. Dreypölcher sind weitere Adressen von dem St. Petersburger ärztlichen Verein (Врачебная Община) und den Aerzten des Kasanschen Gouvernements-Landschaftshospitals zugegangen, welche ihm ihre Theilnahme in Anlass des über ihn verhängten gerichtlichen Urtheils bezeugen.

— Die *Gesellschaft Archangelscher Aerzte* hat den bekannten Professor der Chirurgie W. Grube in Charkow anlässlich seines im Januar d. J. stattgehabten 35-jährigen Dienstjubiläums zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt.

— Dr. Schtschepotjew hat sich an der Universität Kasan als *Privatdocent für Epidemiologie habilitirt.*

— Der bekannte Psychiater, Prof. Leidesdorf in Wien, ist bei der Wiener medicinischen Facultät um Enthebung von seiner Lehrthätigkeit eingekommen.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin an der Universität Giessen, Dr. Wilbrand, tritt mit dem Beginn des nächsten Semesters nach 50-jähriger Lehrthätigkeit wegen hohen Alters in den Ruhestand.

— Prof. v. Bergmann, wie auch Dr. Bramann sind von der Behandlung des deutschen Kaisers *Friedrich* zurückgetreten, da die Wundbehandlung (nach der Tracheotomie) beendigt ist und ein operativer Eingriff voraussichtlich in nächster Zeit nicht nöthig sein wird. Dr. Bramann hat wieder die Leitung der chirurgischen Poliklinik an der Berliner Universität übernommen.

— Das Medicinaldepartement hat die Verordnung erlassen, dass in den Apotheken beim Ablassen einer Arznei mit Gewährung irgend eines Rabatts sowohl der nach der gesetzlichen Taxe berechnete Preis, als auch der in Wirklichkeit genommene Preis für die Arznei auf der Signatur zu vermerken ist.

— *Befördert*: *Zum wirklichen Staatsrath*: Der Oberarzt des Militärhospitals in Batum, Dr. Sewerin.

— *Verstorben*: 1) In St. Petersburg der Arzt des hiesigen Marine-Correctionsgefängnisses, Staatsrath N. Betjuzki, nach 38-jährigem Dienste im Marineressort. 2) In Reval der Divisionsarzt der 23. Infanterie-Division, wirkl. Staatsrath Wierzbicki. 3) In Kamenez-Podolsk der Arzt am dortigen Gymnasium S. Jadlowkin im 50. Lebensjahre. 4) Am 14. Januar der frühere Oberarzt des Woroneshschen Disciplinar-Bataillons, Staatsrath J. Silwand, im 70. Lebensjahre.

— Zum Nachfolger des verst. Klinikers Wagner in Leipzig ist Prof. v. Liebermeister aus Tübingen berufen worden; derselbe hat jedoch den Ruf abgelehnt.

— Die Pariser medicinische Facultät hat für den durch Vulpian's Tod erledigten Lehrstuhl der experimentellen und vergleichenden Pathologie als ersten Candidaten Dr. Strauss und als zweiten Dr. Hanot aufgestellt.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 6. März d. J. 6432 (270 weniger als in der Vorwoche), darunter 573 Typhus- (7 weniger), 725 Syphilis- (103 weniger), 57 Scharlach- (4 weniger), und 9 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

— In der *Jahresversammlung des St. Petersburger (russ.) medicinischen Vereins* (Врачебная Община) wurde Dr. Ilinski zum Präsidenten, Dr. Bibinow zum Vicepräsidenten und Dr. Galdinski zum Secretär gewählt. In den Heilanstalten des Vereins ist im verflossenen Jahre gegen 8000 ambulatorischen Kranken ärztlicher Rath ertheilt und in dem zum Andenken an Kaiser *Alexander II* vom Verein gegründeten Krankenasyl sind 80 Kranke stationär behandelt worden. Ausserdem haben Glieder des Vereins mehr als 300 Visiten im Hause der Kranken in Fällen gemacht, wo schleunige ärztliche Hülfe nöthig war.

Der Verein hat beschlossen, in dem laufenden Jahre 2 Sitzungen wöchentlich abzuhalten.

— Der Plan der Errichtung eines gemeinschaftlichen *Vereinshauses für die wissenschaftlichen Vereine Berlins* nähert sich seiner Verwirklichung. Die Entwürfe für den Bau sind bereits fertiggestellt und von dem aus Vereinsmitgliedern, Architecten und Finanzmännern gebildeten Comité geprüft worden. Das zu errichtende Gebäude, welches auf mehr als 2 Millionen Mark veranschlagt ist, wird Säle verschiedener Grösse, Bibliotheks- und Berathungsräume enthalten, die den betheiligten wissensch. Vereinen für ihre Zwecke miethweise überlassen werden sollen. Die übrigen Räume (Läden etc.) sollen an Buchhändler, Mechaniker etc. behufs Ertragsgewinnung vermiethet werden.

— *Der ärztliche Club in St. Petersburg.* Wie bekannt, ist derselbe am 24. Januar dieses Jahres, dank der Initiative des hiesigen städtischen Medicinal-Inspectors, Dr. Batalin, eröffnet worden, jedoch finden vorläufig nur Sonnabends die Zusammenkünfte statt, da bisher noch kein ständiges Local vorhanden; ein solches ist aber bereits zum Herbst in Aussicht genommen. Am Eröffnungsabend füllten sich die Räume gegen 10 Uhr Abends gar bald und es war ein äusserst erfreulicher Anblick c. 160 Aerzte der verschiedensten Kreise und Fraktionen einmüthig und gemüthlich beisammen zu sehen. Bunt durcheinander wogte es im grossen Saale der sonst zu verschiedenen Festlichkeiten bestimmten Localität (*Mochowaja Ecke der Panteleimonskaja*) auf und ab. Da sah man die verschiedenen Spitzen der ärztlichen Welt, Prof. Zdekauer, Dr. Bykow (Präsident der militär-med. Academie), Dr. Rauchfuss, verschiedene Professore, Oberärzte und daneben junge Collegen, die ihre med. Thätigkeit wohl nur nach Wochen zählen konnten; auch die weiblichen Collegen waren vertreten. Nachdem einige musikalische Vorträge ausgeführt, zogen sich die Freunde des Kartenspieles an die nicht geringe Zahl der grünen Tische zurück, während die junge Welt unter den Klängen des Feuerwehr-Orchesters bald lebhaft ein Tänzchen unternahm. Es gab ein ganz eigenes Bild, so männliche und weibliche Collegen sich nach den Klängen eines Walzers drehen zu sehen. Um 1 Uhr wurde ein sehr guter Imbiss servirt und dann ging man befriedigt auseinander. — Seither haben noch 5 weitere Abende stattgefunden; die Betheiligung wird eine immer regere und der Charakter einer Familien-Gesellschaft tritt immer deutlicher hervor; denn bereits am 2. Abend brachten sehr viele Collegen ihre Frauen und Töchter mit. Das stehende Programm bietet jedes Mal einen musikalischen Theil, Tanz, Kartenspiel und ungezwungene Heiterkeit im gemüthlichen Geplauder mit Collegen, nach des Tages Arbeit und Lasten.

Wir können das Unternehmen nur mit grösster Freude begrüssen, es ist entschieden ein wichtiger Schritt vorwärts *zur Einigung unseres Standes*, denn der bisherige Charakter schliesst jede Einseitigkeit (sei es in nationaler, sei es in sonstiger Richtung) aus, wir können die Collegen mit bestem Gewissen nur auffordern, die Mühe eines Besuches nicht zu scheuen. Da die Statuten des Clubs noch nicht officiell bestätigt sind, so kann *jeder College* hinkommen, der 2 Rbl. pro Abend (incl. Thee und Abendessen) zahlen will. Je mehr Collegen sich betheiligen, um so eher wird die Gesellschaft sich consolidiren und ist dann Hoffnung im Herbst ein Gesellschaftslocal mit Lesezimmer, eigener Wirthschaft etc. zu erhalten, wo man in friedlicher Weise die vielen noch der Lösung harrenden Standesfragen allmälig der Klärung näher bringen kann. Die Aussichten dazu sind um so günstiger, als anlässlich des unseligen Falles Dreypölcher der ärztliche Stand zum ersten Male bewiesen hat, dass er ev. bereit ist einmüthig für den Einzelnen einzutreten und die Rechte des Standes zu schützen. P.

— In *Strassburg i. E.* fand am 3. März d. J das *seitens der medicinischen Facultät der Universität* dem Prof. Dr. Kussmaul aus Anlass seines Scheidens aus der akademischen Wirksamkeit und seiner Uebersiedelung nach Heidelberg bereitete *Abschiedsfest* statt. Die Reihe der Toaste eröffnete Prof. Goltz in seiner Eigenschaft als Decan der medicinischen Facultät. Mit der ganzen Fülle des kaustischen Witzes, welcher alle Commers-Reden des beliebten Physiologen auszeichnet, wurde der Redner seiner Aufgabe gerecht. Und als er schliesslich der Ueberzeugung Ausdruck verlieh, dass Kussmaul, wenn er auch vom Katheder steige, doch im edelsten Dienste der menschlichen Gesellschaft auch fürder den Marschallstab führen werde — *der Redner schwang dabei einen riesigen Percussionshammer mit Plessimeter*, für dieses Fest an Stelle des Schlägers die Insignien des Präsidiums —, da verdichtete sich der Beifall, welcher Satz für Satz der Rede folgte, zu einem prasselnden Hagelwetter der 400 Gläser zu Ehren des Gefeierten. — Rector Zöpffel belegte sein uneingeschränktes Lob für den Charakter des Gefeierten mit dessen unbestrittener und allgemeiner Volksthümlichkeit in Stadt und Land. — Der Gynäkologe Prof. Freund erinnerte daran, wie ein Unglück, zeitweilige Lähmung der Füsse, einst den Gefeierten überhaupt zum Gedanken gebracht habe, sich der klinischen Forschung zu widmen und variirte in humorsprühender Weise das Thema: „Wer weiss, wozu es gut ist". Den Beifall und die Lacher hatte der feinsinnige Redner voll auf seiner Seite, als er des vor 1400 Jahren gelebt habenden Leibarztes des Kaisers Julian Apostata gedachte, dessen Beiname „Oribacius" sich bis auf den heutigen Tag erhalten hat. Oribacius heisse zweifellos nichts anderes als „Kussmaul", nur dass der Ruhm des heute gefeierten Klinikers sich mit seinem Namen einer noch viel längeren Dauer erfreuen werde. — Prof. v. Recklinghausen, welcher der Familie des Collegen gedachte, sang dessen Lob vom Standpuncte des pathologischen Anatomen. Aber auch die Chirurgie — so spann Prof. Lücke den Faden weiter — habe vollauf Grund, dem benachbarten Meister zu danken, der sich niemals einer Einseitigkeit schuldig gemacht, sondern allezeit dem Chirurgen gegeben, was des Chirurgen ist. Der Einigkeit in der Facultät weihte Redner sein Glas.

— Dr. Roesen empfiehlt in der „Münch. med. Wochenschr." folgende *Behandlung abnormer Gebilde der Epidermis, der Schwielen und Hühneraugen, sowie der Warzen*, die er auf der Klinik von Nussbaum vielfach erprobt hat: Das zu entfernende Gebilde wird mit einer aseptischen Lösung (Bor oder Salicyl) etwas befeuchtet und dann mit einer ziemlich dicken (0,4—0,5 Cm.) Lage reiner, krystallinischer Salicylsäure bedeckt. Hierauf legt man als reizlosestes Verbandmittel feuchten Borlint, vierfach zusammengelegt, darüber ein gut deckendes Stück Guttapercha, so dass das Object nach allen Seiten gehörig abgeschlossen ist, und verbindet. Dieser Verband bleibt bei nicht zu dicken Hühneraugen, Schwielen, nicht zu grossen Warzen nur 5 Tage liegen. Man findet nach Abnahme desselben das Gebilde etwas geschrumpft und vollständig von seiner Unterlage abgehoben, darunter aber eine ganz unverletzte, nicht etwa angeätzte, feine Haut, die nirgends auch nur eine Spur von Blutung zeigt. Wenn das Gebilde besonders dick ist, wie man dies an Fusssohlen häufig sieht, so ist es nöthig, entweder den Verband liegen zu lassen oder denselben nach 5 Tagen zu erneuern. Der Werth der Verbindung der Salicylsäure in Substanz mit dem feuchten Verbande

liegt in Folgendem: die zur Entfernung erforderliche Zeit ist sehr kurz (5 Tage), die Ablösung der Wucherung von ihrem Boden ist eine gründliche und geschieht ohne eine Schädigung desselben oder seiner Umgebung und man ist durch sie im Stande, die Salicylsäure auch zur Entfernung von Wucherungen des Papillarkörpers, der Warzen, zu verwenden.

— Vom *deutschen Reichsgesundheitsamte* ist eine *Denkschrift über den Nutzen der Schutzpockenimpfung* ausgearbeitet worden, welche die wichtigsten in neuerer Zeit gegen die Impfung vorgebrachten Einwände beleuchtet und widerlegt. Dieselbe ist an die Mitglieder des deutschen Reichstages vertheilt worden.

— In *Hongkong* wurde im October des vorigen Jahres eine *medicinische Schule für Chinesen eröffnet*. Der Lehrplan ist ein recht umfassender. Der volle Cursus kostet 200 Dollars.

— Das College of Surgeons, sowie das College of Physicians in London haben folgenden Beschluss gefasst: „Es ist nicht wünschenswerth, dass Mitglieder des Collegiums für Blätter, die sich die Belehrung des grossen Publikums über medicinische Dinge zur Aufgabe machen, Beiträge medicinischen Inhalts liefern; auch sollen Mitglieder ihre Namen in solchen Blättern weder selbst nennen, noch auch dessen Nennung gestatten".

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 28. Febr. bis 5. März 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
353	315	668	141	52	106	12	14	19	83	53	54	51	40	29	13	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 17, Scharlach 11, Diphtherie 14, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 129, Tuberculose anderer Organe 7, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungscanals 93, Todtgeborene 34.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 912	19.—25. Febr.	2473	30,0	—	1772	21,6
Paris . . .	2 260 945	19.—25. Febr.	1338	31,2	96	1070	24,8
Brüssel . .	181 270	12.—18. Febr.	121	34,7	4	101	29,0
Stockholm .	216 807	12.-18. Febr.	141	33,8	3	112	26,9
Kopenhagen	300 000	22.—28. Febr.	215	37,0	5	130	22,5
Berlin . . .	1 414 980	19.—25. Febr.	918	33,7	29	491	18,0
Wien . .	800 836	19.—25. Febr.	544	35,3	31	367	21,2
Pest . . .	442 787	12.—18. Febr.	334	39,2	13	304	35,7
Warschau .	439 174	12.—18. Febr.	420	49,2	15	215	25,6
Odessa . .	268 000	19.—25. Febr.	—	—	9	119	23,1
St. Petersburg	861 303	26. Febr.-2. März	583	35,2	34	565	34,1

Briefkasten. Prof. Dr. Dehio in Dorpat: Mit Dank erhalten.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. März 1888.

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. April 1888.

Annahme von Inseraten ausschliesslich im Central-Annoncen-Comptoir von Friedrich Petrick
St. Petersburg, Newsky-Prospect 8.

SAXLEHNER'S BITTERWASSER

«Hunyadi János-Quelle»

— Das zuverlässigste und angenehmste Bitterwasser. —

Eigenthümer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgatif durch folgende Vorzüge aus:

✖✖ Prompte, sichere, milde Wirkung. ✖✖

Milder Geschmack. — Geringe Dosis.

Zu haben bei den Droguisten & Apothekern.

Man verlange in den Niederlagen stets 32 (25)



«Saxlehner's Bitterwasser».

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.

Central-Dépot von Verband-Waaren.

Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.
Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.
Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.
Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc. 6 (2)



natürliches arsen- und eisenreiches MINERALWASSER (**Analyse Prof. Ludwig v. Barth Wien**), gebraucht bei Schwäche, Anämie, Chlorose, Nervosität, Blut- und Hautkrankheiten, Menstruations-Anomalien, Malaria, Scrophulose, Neuralgien etc. — Vorräthig in St. Petersburg bei Stoll & Schmidt, H. Kloss & Co., Pharmaceut. Handelsgesellschaft; Moskau: Carl Ferrein; Odessa: J. Pokorny, Apotheker.

RETTIG-SYRUP MIT JOD

von Grimault & Cie.

(In Russland erlaubt).

Der jodhaltige Rettigsyrup wird anstatt des Leberthrans gebraucht, sein Hauptbestandtheil ist der Saft der Kresse, des Rettigs und anderer antiscorbutischer Pflanzen, deren Wirksamkeit in der ganzen Welt bekannt ist. Dieses Präparat wird vom Magen und Darm gut vertragen.

Jeder Löffelvoll enthält 5 Centigr. Jod; die Dosis ist ein Löffelvoll Morgens und Abends; für Erwachsene 3 bis 4 Löffel.

Depot in Paris, 8, Rue Vivienne; Verkauf in allen Apotheken des russischen Reiches. 18 (2)

Curort **SALZBRUNN**, Schlesien.
Cursaison vom 1. Mai bis Ende September.

OBERBRUNNEN

(seit **1601** medicinisch bekannte alkalische Quelle ersten Ranges.)
Ausgezeichnet durch **Wohlgeschmack** und **Haltbarkeit**. Gegen Erkrankungen der **Lungen**, des **Halses**, der **Harnorgane**, **Gicht** etc. —
Versand zu jeder Jahreszeit durch 10 (21)
Salzbrunn i. Schl. **Furbach & Strieboll.**

Gemütskranke

finden jederzeit Aufnahme in der **Dr. Erlenmeyer**'schen **Anstalt** zu **Bendorf** bei **Coblenz**. 20 (10)

PAPIER RIGOLLOT

Senf in Blättern als Senfpflaster.
Adoptirt von den Hospitälern aller Länder.
DAS EINZIGE SENFPFLASTER, WELCHES ZUR EINFÜHRUNG DURCH DAS RUSSISCHE MEDICINAL-DEPARTEMENT AUTORISIRT.

P. RIGOLLOT erfand das Mittel den Senf auf Papier zu fixiren ohne dessen Kraft zu alteriren; hiermit leistete er einen grossen Dienst der Heilkunst.

Wird in allen Pharmacien verkauft.

Jedes Blatt trägt seine Unterschrift mit rother Tinte.

Bitte diese Unterschrift zu reclamiren um nicht Contrifacons zu erhalten.

Depôt générale: 24 Avenue Victoria. Paris.

FIRMA S. FRANÇOIS

gegründet 1855.



PRUDON & DUBOST
Ingenieure und Mechaniker,
210 Boulevard Voltaire
Paris

SIPHONS.
APPARATE
für Sodawasser.

Vervollkommnete Pumpen für alle Zwecke. 9 (3)



Zu haben in allen Droguen-, Wein- und Frucht-Handlungen, Hotels und Restaurants. 8 (5)

LUNGENKRANKE

finden jederzeit Aufnahme in meiner 1854 in **Görbersdorf** errichteten Heilanstalt für Lungenkranke. 28 (2)

Prospecte gratis und franco.

Dr. Brehmer.

Дозв. ценз. Спб. 11 Марта 1888 г. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 12. St. Petersburg, 19. (31.) März **1888.**

Ueber die pathologisch-anatomische Bedeutung der sogen. Vacuolenbildung in den Nervenzellen.

(Untersuchungen aus der Klinik des Prof. J. P. Miersbejewski).

Von

J. A. Anfimow,
Ordinator der Klinik.

(Schluss.)

Nach Darlegung des vorhandenen reichlichen Materials bezüglich der Entstehung von Vacuolen in verschiedenartigen Zellen, unter physiologischen und pathologischen Bedingungen, wende ich mich jetzt zu der mich speciell beschäftigenden Frage — die *Bedeutung der Vacuolen in Nervenzellen*.

In der Neuropathologie hängt diese Frage hauptsächlich mit der Entwickelung der Lehre von den Veränderungen des Rückenmarkes bei der Myelitis zusammen. Ich führe von den darüber vorhandenen Angaben zuerst die von Leyden[21]) an: «Man beobachtet nicht selten 1—2, selten 3 grosse, runde, blasenartige Vacuolen, meist mit fettig-körnigem Zerfall, z. B. bei Myelitis (traumatischer oder spontaner (Taf. III, Fig. 1 b und b₁). In der zuerst erschienenen Arbeit von Frommann[22]) ist noch keine Andeutung auf Vacuolenbildung vorhanden, wohl finden wir aber in den späteren bemerkenswerthen Veröffentlichungen desselben Autors ausgezeichnete Abbildungen von Zellen mit Vacuolen, so z. B. auf Taf. I, Fig. 10 seiner Arbeit über multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks[23]). Hier finden wir drei Ganglienzellen, einem sclerotischen Herde im Nucleus dentatus des Kleinhirns entnommen, in welchem sich äusserst deutlich Vacuolen hervorheben; ein ähnliches Bild sah er in den Zellen des verlängerten Marks und des Sehhügels bei einem in Folge eines Aneurysma arteriae basilaris gestorbenen Subjecte[24]). Hayem[25]) beobachtete Vacuolenbildung im Rückenmarke bei Myelitis hämorrhagica und in einem Falle von Tetanus. Gowers[26]) hat gleichfalls pathologische Vacuolenbildung gesehen. Déjérine[27]) bringt sogar die von ihm in einem Falle von progressiver Muskelatrophie gefundene Vacuolenbildung mit der im Leben am Kranken beobachteten Paraplegie in Zusammenhang. Aehnlich äussern sich Kahler und Pick[28]), welche Vacuolenbildung bei Compressionsmyelitis in Folge eines Wirbelbruches in der Höhe der Halsanschwellung des Rückenmarks constatirten, und zwar nicht allein am Orte des mechanischen Druckes, sondern auch in entfernteren Theilen; auf Taf. II dieser Arbeit ist die Vacuolenbildung in den Nervenzellen sehr deutlich zu sehen. Bei der Besprechung dieser Erscheinung sagen die Verff., dass sie wohl schon früher, besonders an Greisengehirnen vacuolenenthaltende Ganglienzellen gesehen, ihnen aber wegen des geringen Materiales keine pathologische Bedeutung zugeschrieben hätten. Im zuletzt beobachteten Falle seien aber die Vacuolen so zahlreich aufgetreten, dass sie in ihnen die Ursache einiger im Leben beobachteter Erscheinungen, wie z. B. der Paraplegie sehen müssen (pag. 101).

Wir finden ausserdem in vielen Handbüchern Hinweise auf den pathologischen Charakter der Vacuolenbildung, so bei Erb[29]), Ziegler[30]), Rindfleisch[31]) u. A. Endlich ist die Vacuolenbildung im centralen Nervensystem experimentell an Thieren hervorgerufen worden, wie wir das aus einer Reihe von Arbeiten aus dem Laboratorium des

[21]) Leyden: Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Berlin 1874. Bd. I, pag. 76 und Bd. II. Berlin 1876, pag. 129—130.

[22]) Frommann: Untersuchungen über die normale und pathol. Anatomie des Rückenmarks. Jena 1864, pag. 81 u. a.

[23]) Derselbe: Untersuchungen über die Gewebsveränderungen bei der multiplen Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Jena 1878.

[24]) Derselbe: Ibidem, cf. Taf. III, Fig. 18.

[25]) Hayem: Gazette médic. de Paris 1874; 2. Fall. Archiv. de physiol. 1874, pag. 621.

[26]) Gowers and Sankey: Lancet 1877. № XI (citirt bei Kahler und Pick (s. u.).

[27]) Déjérine: Atrophie musculaire et paraplégie dans un cas de syphilis maligne précoce. (Arch. de physiol. norm. et pathol. 1876. pag. 430. cf. Tab. 20, Fig. 3.)

[28]) Kahler und Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. Leipzig 1879. pag. 90. Ueber Vacuolenbildung in den Ganglienzellen ....

[29]) Erb: Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. Leipzig 1876. Abth. II, pag. 17.

[30]) Ziegler: Lehrb. der allgem. und speciellen patholog. Anatomie. Jena 1884.

[31]) Rindfleisch: Lehrbuch der pathol. Gewebelehre. Leipzig 1886. pag. 630.

Prof. J. P. Mierschejewski[32]) ersehen können. (Danillo, Popow, Rosenbach (P.), Tschish, Chardin, Anfimow). Die Nervenzellen boten hierbei in Folge der experimentellen Einwirkung verschiedener Noxen auf das Centralnervensystem neben anderen Veränderungen auch eine so deutliche Vacuolenbildung, dass sie vor Allem die Aufmerksamkeit der Beobachter auf sich zog. Jeder dieser letzteren stellte ausserdem Controluntersuchungen sowohl an frisch isolirten, als auch an gehärteten Präparaten gesunder Thiere an. Bei der Vergleichung von Querschnitten des Rückenmarks sowohl von normalen Thieren, als auch von solchen, an welchen experimentirt worden war (Vergiftung mit Phosphor, Arsen, Atropin und dergl.), stellte sich eine bedeutende Verschiedenheit zwischen beiden Arten von Präparaten heraus, vor Allem fehlten die Vacuolen in den, gesunden Thieren entnommenen Schnitten, während sie in der anderen Kategorie von Schnitten unzweifelhaft vorhanden waren. Es ist das Verdienst des genannten Laboratoriums, dass in ihm die sorgfältigen Untersuchungen und die nicht weniger sorgfältigen, durch einige der Verff. mit Zeichnungen illustrirten Beschreibungen dieser Veränderungen gemacht worden sind.

Die oben angeführten Thatsachen sind allem Anscheine nach so überzeugend, dass die Vacuolenbildung mit vollem Rechte als besondere Form der Degeneration — vacuoläre Entartung — (Martini, Charcot) oder wenigstens als eine Varietät der albuminoiden Degeneration (Martini, theilweise Kahler u. A.) aufgefasst werden kann. Auf diesem Standpuncte befand sich diese Frage bis zum Jahre 1883, als eine Reihe von Arbeiten rasch nach einander erschienen, welche der Vacuolenbildung die pathologische Bedeutung absprachen.

Rich. Schultz[33]) untersuchte das Rückenmark von 20, an verschiedenen Allgemeinerkrankungen gestorbenen Personen und fand in zweien zwei Ganglienzellen mit 3, resp. 1 Vacuole. Ein Rückenmark stammte von einem an Lungentuberculose gestorbenen Greise, das andere von einem Manne, der im Leben an Endocarditis mit einer ganzen Reihe begleitender Erkrankungen parenchymatöser Organe gelitten hatte. Auf Grund dieser Befunde meint Schultz, dass die Vacuolenbildung ein durch die Erhärtungsflüssigkeiten erzeugtes Kunstproduct oder wenigstens eine Leichenerscheinung sei, weil sie an gesunden Rückenmarken gefunden worden sei. Die Structur des Rückenmarkes sei so zart, dass es besonders alterationsfähig sei und dass durch die Müller'sche Flüssigkeit die Form seiner Zellen beeinflusst werden könne.

Kreyssig[34]) verificirte die Untersuchungen Danillo's über den Einfluss des Phosphors auf das Nervensystem, stellte Controluntersuchungen an gesunden Thieren an und verglich die mikroskopischen Bilder der beiden Kategorien von Rückenmarken mit einander. Er negirt im Allgemeinen die von Danillo und Popow gewonnenen Resultate und widmet dabei einige Zeilen der Vacuolenbildung. Er fand eine solche nur bei gesunden Thieren und hält sie, obgleich er sie, wie er selbst versichert, in unbedeutender Anzahl angetroffen, für ein Kunstproduct. Seiner Ansicht nach ist das Kaninchenrückenmark so zart und seine Consistenz in normalem Zustande so weich, dass es unter den Fingern zerfliesst; daher sei es nicht verwunderlich, wenn durch die Müller'sche Flüssigkeit seine Zellen zerstört werden. Alle bisher üblichen Erhärtungsmethoden seien nach seinen Erfahrungen nicht zweckentsprechend, am wenigsten die Chromsäure und ihre Salze.

Flesch und Koneff[35]) fanden bei ihren, an den Zwischenwirbelganglien, Rückenmarken und Ganglia Gasseri angestellten Untersuchungen gleichfalls Vacuolen in den Zellen gesunder Thiere, am häufigsten peripher, was ihrer Ansicht nach durch postmortale Schrumpfung des Protoplasmas entstehen soll. Zuweilen sahen sie an den Spinalganglien eine besondere Erscheinung: es zog sich von dem geschrumpften Zellkörper ein kleines, brückenförmiges Protoplasmaplättchen zur Zellencapsel und waren mehrere solcher Plättchen vorhanden, so zeigte die Zelle eine periphere Vacuolenbildung. Diese hängt bei gewissen Thierarten nach ihrer Meinung eng zusammen mit einigen günstigen, in der Structur der Zellen selbst liegenden Bedingungen (vergl. die Untersuchungen von Leydig), wenigstens sahen sie die Vacuolen häufiger in den Ganglien des Ochsen und des Kalbes, als bei andern Thierspecies und fanden sie sogar die Vacuolenbildung selbst an frischen Präparaten, was früher nie beobachtet worden ist.

Fr. Schultze[36]) schliesst sich in einer zusätzlichen Bemerkung zum Kreyssig'schen Aufsatze der Ansicht dieses letzteren bezüglich der Vacuolenbildung, besonders in den Ganglienzellen des Kaninchens an. Er sagt: «Offenbar wird besonders das schon in frischem Zustande so ausserordentlich weiche Kaninchenrückenmark mit seinen zarten Ganglienzellen viel energischer beeinflusst und in seinem histologischen Bau alterirt, als wir das bei dem menschlichen Rückenmarke zu sehen gewöhnt sind» (pag. 300). Wir haben früher gesehen, wie Fr. Schultze die Möglichkeit einer Veränderung der Muskelelemente durch die Einwirkung der Chromsalze nicht zulässt, weil weder diese noch selbst andere Flüssigkeiten im Stande seien, gesundes Protoplasma aufzulösen. Er hätte wenigstens auf irgend ein Zeichen hinweisen müssen, durch welches das «zarte», für Härtung mit Chromsäure nicht taugliche Protoplasma von einem widerstandsfähigeren unterschieden werden könnte; ein solches Zeichen giebt es aber nicht, weshalb ich hierzu weiter unten einige Bemerkungen machen möchte. Uebrigens äussert sich Fr. Schultze zurückhaltender als R. Schultz und Kreyssig bezüglich der Vacuolenbildung und lässt die Möglichkeit einer deutlicher ausgeprägten und reichlicheren Vacuolenbildung in den Zellen kranker Subjecte zu.

Endlich hat Trzebinski[37]) bei der Controlirung der Arbeiten von Kreyssig, Flesch u. A. auf Fr. Schultze's Aufforderung im Arnold'schen Laboratorium Untersuchungen über die Wirkung verschiedener erhärtender Reagentien auf die Structur des Rückenmarksgewebes angestellt. Er unterwarf die Rückenmarke einiger gesunder Hunde und Kaninchen, einer gesunden Katze und eines mit Phosphor vergifteten Kaninchens einer Härtung in Müller-scher Flüssigkeit, in Chromsäure, in Alcohol und in Sublimatlösung und fand, dass die Vacuolen ebensowohl in den Rückenmarkszellen der gesunden Thiere, als auch in denen des vergifteten Kaninchens zu finden waren, nur wurde die centrale Vacuolenbildung in gesunden Zellen sehr selten gesehen. Am häufigsten fanden sich Vacuolen an in Chromsäure gehärteten Präparaten, nie aber in solchen mit Sublimat behandelten. Er zieht aus seinen Beobachtungen den

[32]) Danillo: Dissertat. St. Petersb. 1881. }
N. Popow: Dissert. St. Petersb. 1882. } (Russisch).
Rosenbach: Dissert. St. Petersb. 1883. }
Tschish: Ueber die Veränderungen des Rückenmarks nach Vergiftung mit Morphium u. a. Medicin. Beilage zum Marinejournal 1883. (Russisch).
Chardin: Ueber Kohlendunsterkrankungen des Nervensystems. St. Petersb. 1885. (Russisch).
Anfimow: Ueber die Veränderungen im Centralnervensystem der Thiere nach Firnissen. Dissert. St. Petersb. 1887.

[33]) Rich. Schultz: Ueber artificielle, cadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks. Neurol. Centralbl. 1883. № 23—24.

[34]) Kreyssig: Ueber die Beschaffenheit des Rückenmarks bei Kaninchen und Hunden nach Phosphor. Virch. Arch. Bd. 102, H. 2. pag. 286.

[35]) Flesch und Koneff: Bemerkungen über die Structur der Ganglienzellen. Neurol. Centralbl. 1886. № 7.

[36]) Fr. Schultze: Zusätzliche Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Kreyssig. Virch. Arch. 1885, Bd. 102, pag. 299—301.

[37]) S. Trzebinski: Einiges über die Einwirkung der Härtungsmethoden auf die Beschaffenheit der Ganglienzellen im Rückenmark der Kaninchen und Hunde. Virch. Arch. 1887. Bd. 107, H. 1.

Schluss, dass die Vacuolenbildung ein durch die Einwirkung der härtenden Agentien erzeugtes Artefact sei.

In Anbetracht der im vorhergehenden dargelegten Widersprüche in den Ansichten über die Entstehung der Vacuolen in den Nervenzellen unternahm ich, einer Aufforderung des Prof. J. P. Miershejewski folgend, Controluntersuchungen an Gehirn, Rückenmark und Spinalganglien gesunder Thiere. Ich benutzte ausschliesslich letztere, weil nur normale Gehirne und Rückenmarke ein gewisses Interesse für die Vacuolenbildung in den Nervenzellen darbieten, während das pathologische Bild der Vacuolenbildung in den Ganglienzellen von Thieren, welche verschiedenen Experimenten unterworfen wurden (Vergiftung mit Phosphor, Quecksilber, Atropin u. a.), im Laboratorium des Prof. J. P. Miershejewski keiner Anzweifelung mehr unterworfen ist. Sehr viele Aerzte, welche in diesem Laboratorium gearbeitet haben, bewahren so überzeugende Präparate auf, dass eine Wiederholung der Experimente vollkommen unnütz sein würde. Es muss Einen nur sehr wundern, weshalb Kreyssig und folglich auch Prof. Fr. Schultze der grosse Unterschied entgangen ist, welchen unter dem Mikroskope mit einander verglichene Präparate von gesunden und vergifteten Thieren darbieten. Die Vacuolenbildung in den Ganglienzellen von phosphorvergifteten Thieren tritt so reliefartig hervor, dass der erste in das Mikroskop geworfene Blick sofort den pathologischen Charakter derselben erkennen lässt; ich erhielt ähnliche Bilder nach Firnissen von Thieren.

Ich benutzte zu meinen Untersuchungen gesunde Hunde und Kaninchen, welche auf die eine oder die andere Weise getödtet wurden, worauf das herausgenommene Gehirn oder Rückenmark auf verschiedene Weise gehärtet wurden. Es wurden nur die gebräuchlichsten Härtungsflüssigkeiten benutzt und zwar: 1) Müller'sche Flüssigkeit, 2) 2%, 3% und 5% Lösungen von Kali bichromicum, 3) ebenso starke Lösungen von Ammonium bichromicum, 4) 0,002% und 0,003% Lösungen reiner Chromsäure, 5) Erlitzki'sche Flüssigkeit (2% Kali bichromicum und 0,25—1% Cuprum sulfuricum, 6) Spiritus Vini. Das herausgenommene Gehirn oder Rückenmark zerschnitt ich gewöhnlich in mehrere Stücke, von welchen ich je einige in die verschiedenen Flüssigkeiten einlegte, wodurch ich Gelegenheit erhielt, die Einwirkung verschiedener Reagentien auf ein und dasselbe Gehirn, resp. Rückenmark und die mikroskopischen Bilder zu studiren. Von jedem Stücke nahm ich aber einzelne frische Theile, welche einfach zerzupft und bei geringen Vergrösserungen untersucht oder nach Ranvier verkleinert mit Carmin und 1—2 Tropfen einer 1% Osmiumsäurelösung geschüttelt wurden. Die Schnitte wurden mit den Mikrotomen von Fritsch, Schanz und zuweilen von Long angefertigt, meistentheils mit neutralem Carmin, zuweilen aber mit Methylgrün, Bleu de Quinolein, Eosin u. a. gefärbt.

Meine ersten Untersuchungen datiren aus dem Frühjahre 1886, wo ich an Rückenmarken von Hunden arbeitete, während ich im August 1887 Kaninchenrückenmarke vornahm; im Ganzen gaben 6 Hunde und 3 Kaninchen den Stoff zu meinen Untersuchungen her. Als Beispiele führe ich einige Protokolle an.

I. Versuch. 8. Mai 1886. Junger, weissfelliger Hund wurde durch Herzstich getödtet, sofort secirt und das fast noch warme Rückenmark in Stücken in die oben genannten Flüssigkeiten eingesenkt, welche anfangs täglich, später über einen Tag u. s. w. gewechselt wurden. Am 24. Mai wurden die ersten Schnitte aus der, in Erlitzki'scher Flüssigkeit befindlichen Halsanschwellung gemacht, also nach etwas über 2 Wochen; es gab diese Flüssigkeit gute Härtung; am 27. Mai wurden Schnitte aus den in Chromsäurelösung gehärteten Theilen, nach 4 Wochen aus den in Kali bichromicum und Müller'scher Flüssigkeit befindlichen Stücken angefertigt; die Präparate aus Ammonium-bichromicumlösung waren erst nach 6 Wochen schnitttauglich. Die Spirituspräparate liessen sich überhaupt schlecht schneiden, die Dauer der Härtung blieb hierbei fast ohne Einfluss.

II. Versuch. 15. Mai 1886. Grosser schwarzer Hund wird durch Verblutung getödtet, durch die geöffnete Carotis communis wurde mittelst einer Canüle alles Blut herausgelassen. Der Tod erfolgte nach 15 Minuten unter starken Krämpfen des Rumpfes und der Extremitäten. Das Rückenmark wurde demselben Erhärtungsmodus unterworfen.

V. Versuch. 20. Juni 1886. Grosser gelber Hund durch Chloroformirung getödtet, starb sehr rasch unter starker Narcose. Erhärtungsmodus derselbe.

VIII. Versuch. 23. August 1887. Grosses, weisses, männliches Kaninchen durch Herzstich getödtet, Tod fast plötzlich, das warme Rückenmark wurde, wie schon angeführt, gehärtet.

Ich habe diese Versuche deshalb angeführt, weil es mir schien, dass die verschiedenen Todesarten und die prämortalen Erscheinungen nicht ohne Einfluss auf die mikroskopischen Bilder des Centralnervensystems bleiben dürften. Diese Voraussetzung hat sich in Bezug auf die Nervenzellen nicht bewahrheitet, es wurde an ihnen nichts Besonderes beobachtet. Nach dem Tode durch Chloroform und Verblutung wurde hier und da Austritt von weissen Blutkörperchen constatirt. Hauptsächlich habe ich aber meine Aufmerksamkeit auf die Nervenzellen und die Vacuolenbildung in ihnen gerichtet und lege jetzt die von mir in dieser Hinsicht gewonnenen Resultate vor.

Auf frischen, zerzupften oder nach Ranvier bearbeiteten Präparaten zeigten sich sehr schön gefärbte Zellen mit vielen Ausläufern und ohne jegliche Andeutung von Vacuolen (vergl. die Beobachtungen von Flesch und Koneff), mit einem Worte, sowohl die aus der Halsanschwellung des Rückenmarks, als auch die aus dem Gehirn von Kaninchen und Hunden stammenden Zellen waren ganz normal und gesund.

An den, nach verschiedenen Methoden gehärteten Präparaten fand ich Folgendes:

Die Schnitte aus Präparaten, welche in Kali bichromicum, Ammon. bichromic., Müller'scher und Erlitzki'scher Flüssigkeit und theilweise in Alcohol gehärtet worden waren, boten niemals eine sogen. *centrale Vacuolenbildung* im Zellkörper dar. Sehr selten wurden periphere Usuren gesehen, welche man, nach Vorgang einiger Autoren, als periphere Vacuolen bezeichnen kann und die an Rückenmarken vergifteter Thiere und bei Myelitis und dergl. beobachtet worden sind. Ich werde mich nicht weiter bei dem Unterschiede in Färbung verschiedener Zellen, den Veränderungen an der streifigen Structur u. a. aufhalten, weil solches nicht in mein Programm gehört.

Etwas deutlicher war die Einwirkung der Chromsäure auf die Nervenzellen. Erstens waren die pericellulären Räume deutlicher ausgeprägt als bei Anwendung anderer Härtungsmittel, zweitens aber traf man an den Zellen häufiger periphere Usuren, welche man mit einigem guten Willen für deutliche periphere Vacuolenbildung halten konnte; man hätte übrigens diese Erscheinung eher als eine «Andeutung auf Vacuolenbildung» auffassen können, wie sich Prof. Schultze (l. c.) bei Erwähnung der Veränderungen an den musculösen Elementen gesunder Subjecte durch die vorläufige Bearbeitung der Präparate ausdrückt. Es versteht sich aber von selbst, dass diese Erscheinung nichts mit der echten Vacuolenbildung gemein hat, sie ist schon lange bekannt und niemals als pathologisch aufgefasst worden. Beim Schneiden mit dem Mikrotom kann man nicht darauf rechnen, dass die Schnittfläche in Bezug auf die eine oder die andere Zelle ideal ausfalle, der Zellenkörper kann vom Schnitte im Winkel getroffen werden, es kann ein zum Schnitte rechtwinklig stehender Protoplasmafortsatz abbrechen und dann eine Usur setzen, welche eine periphere oder auch selbst eine centrale Vacuole vortäuschen kann. Kurz, es können eine Menge Bedingungen vorkommen, welche das Zustandekommen peripherer Usuren oder Va-

cuolen beeinflussen, doch muss ich hinzufügen, das letztere überhaupt in nur geringer Menge vorhanden waren und dass möglicherweise auch die Chromsäure selbst nicht ohne Einfluss auf die Zellen geblieben ist, worüber seiner Zeit schon Stieda u. A. Mittheilungen gemacht haben.

Auf Grund meiner Untersuchungen behaupte ich nun, dass die Frage über die pathologisch anatomische Herkunft der im Laboratorium des Prof. J. P. Miershejewski so sorgfältig studirten Vacuolenbildung keinem Zweifel mehr unterliegt. Die widersprechenden Ansichten von R. Schultz, Kreyssig, Fr. Schultze u. A. können meiner Ansicht nach die schon längst klargestellte Frage über die Entstehung der Vacuolen in den nervösen und anderen Zellen nicht verändern. Ich werde die Arbeiten der genannten Autoren weiter nicht berücksichtigen, weil dieses schon von P. Rosenbach[38]), Pick[39]) und Pecker[40]) geschehen ist und begnüge mich mit einigen Bemerkungen.

Alle diese genannten Autoren finden den Grund der Veränderungen in den Nervenzellen in Folge der Einwirkung der erhärtenden Flüssigkeiten hauptsächlich darin, dass das Rückenmarksgewebe, besonders solcher Geschöpfe, wie das Kaninchen, sehr *zart* sei. So behauptet u. A. R. Schultz, dass das menschliche Rückenmark, Dank der Zartheit seines Baues, besondere Bedingungen für die Alterationsfähigkeit darbiete, was Fr. Schultze, wie wir oben gesehen haben, auch für das Kaninchen beansprucht; ähnlicher Ansicht sind Kreyssig u. A. Indessen beruht diese «problematische Zartheit» der Rückenmarkssubstanz meiner Ansicht nach auf einem Missverständnisse, wenigstens hinsichtlich der Erhärtungsflüssigkeiten. Interessant wäre es zu wissen, wie die genannten Autoren das Verhältniss der zarten Gehirnsubstanz zu den Erhärtungsflüssigkeiten sich denken? Verstehen sie unter Zartheit eine verminderte chemische Widerstandsfähigkeit und eine Neigung des Gehirngewebes zum Zerfalle unter der Einwirkung rein chemischer Agentien, so ist dieses kaum richtig. Thudichum[41]) sagt, dass bei der gewöhnlichen Weise das Gehirn durch Spiritus (85% Methylalcohol oder gewöhnlicher 60—95% Spiritus) zu erhärten, in den von den Präparaten abgegossenen und im Wasserbade abgedampften Portionen *keine specifischen Gehirnbestandtheile*, sondern nur *einige Extractivstoffe und Salze* enthalten seien (pag. 87). Thudichum sagt ferner, dass man häufig behauptet hätte, dass die Gehirnbestandtheile wenig widerstandsfähig seien, er habe sich aber bei näherer Bekanntschaft mit den einzelnen Stoffen von der Grundlosigkeit einer solchen Behauptung überzeugt. Man muss ausserdem die Art kennen, in welcher Thudichum das Gehirn behufs chemischer Analyse zerkleinert. Er sagt, dass man aus einem unvollkommen zerkleinerten Gehirn keinen vollständigen Auszug aus den unmittelbaren Bestandtheilen erhalte (pag. 88). Schliesslich müsste, wenn von dem schädlichen Einflusse der erhärtenden Flüssigkeit auf das zarte Rückenmarksgewebe geredet wird, die chemische Veränderung bezeichnet werden, welche das Gewebe z. B. durch die Chromsäure erleidet; dieses ist aber, so viel ich weiss, noch nicht bekannt und meint man, dass hierbei ein der Gerbung ähnlicher Process vor sich gehe. Sehen aber die genannten Autoren in der «Zartheit» der Gehirnstructur rein physikalische Eigenschaften, wie Dichtigkeit, Elasticität u. s. f., so ist es kaum gestattet, bei der Erhärtung von diesen Eigenschaften zu sprechen, weil man hierbei die Präparate vorsichtig überträgt, in der Flüssigkeit nicht schüttelt und nach Möglichkeit eine Zerrung des Gewebes vermeidet. Ausserdem stellt die Zartheit des Rückenmarksgewebes auch in rein physikalischem Sinne einen relativen Begriff dar, da uns Dichtigkeit und Elasticität der Nervenzellen und der Axencylinder unbekannt sind. Berücksichtigen wir das Verhalten der Nervenstämme, ferner der Arterien und Muskeln in Bezug auf ihre Tragfähigkeit, so finden wir, dass der Coefficient des Reissens bei den Nerven ein viel grösserer, als bei den Muskeln und Arterien ist: die Nerven reissen bei 135,000, die Arterien bei 13,700, die Muskeln aber bei 4500 Grammen Belastung (berechnet auf 1 □Ctm. Querschnitt[42]). Betrachten wir nun die Dichtigkeit des Rückenmarks, so zerfliesst es nach Kreyssig unter den Fingern, und doch sind Axencylinder und Myelin der Nervenstämme mit den Nervenfasern und dem Myelin des Centralnervensystems identisch. Welche Bedeutung kann nun die «Zartheit» des Rückenmarksgewebes im Sinne der genannten Autoren haben? Offenbar hätten sie vom zarten Bau der Neuroglia und nicht von dem der Rückenmarkszellen reden sollen. Aus den angeführten Zahlen ist es klar ersichtlich, dass die Dichtigkeit durch das Bindegewebe bedingt wird; die Intercellularsubstanz der Nervenstämme ist unvergleichlich gröber als die Neuroglia des Rückenmarks, deshalb können wir doch nicht sagen, dass das Protoplasma der Nervenzellen und des Knorpelgewebes weniger zart sei, als das des epithelialen, was hätten aber Kreyssig und Schultze beim Vergleiche des Knorpelgewebes mit dem Rückemarksgewebe gesagt?

Ich bin natürlich weit davon entfernt, die von Fr. Schultze u. A. in normalen Rückenmarken beschriebene Vacuolenbildung abzuläugnen, doch meine ich, dass diese eine einfache Zufälligkeit oder, wenn man sich so ausdrücken darf, eine zufällige pathologische Erscheinung darstelle. Es konnten ja in dem vollkommen gesunden Rückenmarke des Hundes oder des Kaninchens 2—3 Zellen krank sein und eine centrale Vacuolenbildung darbieten und unter das Mikroskop gelangen. Vielleicht waren aber auch diese Zellen gesund, befanden sich jedoch in einer solchen Entwickelungsphase, in welcher der Zellenkörper viele widerstandslose oder «passive» (Brass) Stoffe enthielt, wie etwa die Dotterkugeln im Nahrungsmateriale der sich bildenden Zelle. Mir scheint es, dass die Vacuolen in den krankhaft veränderten Zellen sich gleichfalls durch Zerfall und Aufsaugung des entarteten Productes im Zellenprotoplasma bilden. Die Vacuolenbildung kann aber, abgesehen von der, durch irgend einen krankhaften Process gesetzten Veränderung im Zellenkörper, sich aus den Hohlräumen entwickeln, welche nach Leydig's Untersuchungen sich normaliter in dem Zellenkörper befinden und die Secreträume darstellen. Unter gewissen Bedingungen, z. B. beim Hungern kann das in diesen präformirten Hohlräumen befindliche Material verbraucht werden, was eine Rarefaction des Zellenkörpers nach sich zieht.

Zum Schlusse halte ich es für nöthig, einige Worte über die Rolle zu sagen, welche die weissen Blutkörperchen bei der Vacuolenbildung spielen sollen. Nach den Beobachtungen von Lawdowski (l. c. pag. 72) können die Impressionen auf den Zellen von dem Hinüberwandern der Leucocyten über dieselben herstammen. Die Anwesenheit weisser Blutkörperchen in pathologisch veränderten Zellen ist von L. Popow[43]) constatirt worden, wird aber von ihm in einer Weise erklärt, welche nicht mehr mit den neuesten Ansichten über Leucocyten übereinstimmt. A. F. Erlitzki hat gleichfalls den Eintritt weisser Blutkörperchen in den Zellenkörper constatirt; unter anderem bildet er auf einer dem Aufsatz beigegebenen Tafel ein Prachtexemplar einer halbzerstörten vacuolisirten Zelle ab, welche ein weisses

[38]) P. Rosenbach: Ueber die Bedeutung der Vacuolenbildung in den Nervenzellen. Neurol. Centralbl. 1884. № 3.

[39]) Pick: Bemerkungen zu dem Aufsatze ..... von Richard Schultz. Neurol. Centralbl. 1884. № 2.

[40]) Pecker: Kritische Bemerkungen betreffs der Bedeutung von Kunstproducten ..... im Centralnervensystem. Westnik Psichiatrii i Newropathologii. 1886. 1. Lief., pag. 118. (Russisch).

[41]) Thudichum: Physiologische Chemie des Gehirns. Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Lion. pag. 87.

[42]) Prof. Jegorow: Grundzüge der medicinischen Physik. St. Petersburg 1886. I. Lief., pag. 75. (Russisch).

[43]) L. Popow: Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominaltyphus und traumat. Entzündung. Virch. Archiv. 1875. Bd. 63.

Blutkörperchen enthält. Endlich hat Dr. Lominski[44]) das Rückenmark von Hunden und Fröschen untersucht, in welchem er künstlich durch ein eingeführtes Haarseil Entzündung hervorgerufen hatte; hierbei fand er sehr deutliche Vacuolenbildung in den Ganglienzellen. Dabei konnte er consequent die Entwickelung der Vacuolen während der verschiedenen Entzündungsstadien verfolgen. Anfangs sah er das Eindringen von Leucocyten in die Zellensubstanz, welche sich trübte, ihre Faserigkeit verlor u. s. w. In der Folge vergrösserte sich allmälig die Zahl der weissen Blutkörperchen und erschienen im Protoplasma der Zelle gleichzeitig runde Defecte, welche den Lacunen in resorbirt werdenden Knochen glichen. Diese Defecte stellen sich, seiner Ansicht nach, als typische Vacuolen dar. Der Autor meint, dass die Leucocyten in den veränderten Zellen als Phagocyten Prof. Metschnikow's auftreten, d. h. die veränderte Zellensubstanz aufsaugen und auf diese Weise Vacuolen produciren.

Prof. Metschnikow giebt in der That viele Thatsachen an, welche die Voraussetzungen Lominski's stützen; er hat beobachtet, dass «die Phagocyten sowohl fremde, als auch abgestorbene und abgeschiedene Elemente des Organismus verzehren».

Wie weit diese Voraussetzung von der Entstehung der Vacuolen auf diesem Wege richtig sei, wird die Zukunft lehren.

Referate.

P. M. Awtokratow: Ueber den Einfluss der Exstirpation der Schilddrüse bei Thieren auf das Centralnervensystem. Vorläufige Mittheilung aus der Klinik des Prof. Mierhejewski. (Wratsch 1887. 45 sqq.).

Verf. giebt zuerst ein topographisch-anatomisches Exposé über die Lage der Schilddrüse, da diesbezüglich Irrthümer vorgekommen seien (Kauffmann, Tauber, Zesas). Dann geht er zur Beschreibung seiner Experimente (an Hunden) über.

Vorhergehende Wägung der Thiere, Bestimmung von Temperatur, Puls, Respiration, galvanischer Erregbarkeit der peripheren Nerven, des physischen und psychischen Zustandes. Bei einigen Hunden wurde vorher noch die elektr. Erregbarkeit der Hirnrinde bestimmt. Die Exstirpation der Schilddrüse erfolgte erst nach vollständiger Heilung der Trepanationswunde. In diesen Fällen wurde einige Tage nach dem Auftreten der Erkrankungserscheinungen in Folge der Exstirpation die Trepanation auf der anderen Schädelhälfte ausgeführt und das correspondirende Gebiet des Gehirns auf die elektr. Erregbarkeit geprüft. Bei zwei Hunden wurde die Schilddrüse in zwei Malen exstirpirt. Die partielle Exstirpation wurde anstandslos verwunden, nach der Exstirpation der zweiten Hälfte der Drüse Erkrankung, wie bei den anderen Hunden, denen die ganze Schilddrüse mit einem Male exstirpirt war. Operation ohne Narcose, unter antiseptischen Cautelen. Schnitt 8—10 Cm. lang in der Medianlinie. Sorgfältige Unterbindung. 3—4 Nähte. Fast überall anstandslose Vernarbung in 4—5 Tagen.

Nur *ein* Hund von den 14 Experimentthieren, denen die Totalexstirpation der Drüse gemacht war, blieb am Leben. Die anderen gingen vom 7.—16., meist am 9.—10. Tage zu Grunde. Doch auch dieser Hund ist nicht gesund geblieben. Jetzt, 4½ Monate nach der Operation, ist er schlaff, schläfrig, apathisch (9 Stunden lang, ohne sich zu rühren, dasitzend), fast gar nicht auf Reize reagirend; Defluvium capillorum greisenhaftes Aussehen, sonst gute Ernährung.

Die übrigen Hunde wurden vom 3. Tage oder von Ende des 2ten schlaff und verloren ihre frühere Rührigkeit. Der Gang ungelenk, Bewegungen unsicher, Verlust des activen Willens. Am 3. Tage Muskelzittern der hintern Extremitäten, der Schläfemuskulatur und der der Zunge verschiedenen Grades, dann auch des ganzen Körpers. Die Untersuchung mit dem Marrey'schen Apparat ergiebt ein Myogramm tonischer Krämpfe, die durch clonische leichtern Grades unterbrochen werden. „Im Beginne des Krampfparoxysmus befinden sich die Muskeln im Zustande tonischer Contraction, wobei Zuckungen einzelner Muskelbündel beobachtet werden. Darauf nimmt die Dauer des tonischen Krampfes ab und es folgt eine Periode der Ruhe, die durch Muskelzittern unterbrochen wird. Bei der Abnahme des Krampfparoxysmus sieht man in den Muskeln ein rhythmisches Zittern mit Unterbrechungen von verschiedener Dauer, von 1 bis zu 10 Stunden. Die Zahl der Erzitterungen beträgt 8—10 in der Secunde".

Verf. findet darin Aehnlichkeit mit den Formen der Basedow-schen Krankheit, wie sie Pierre Marie 1883 beschrieben hat.

[44]) Lominski: Zur Lehre von der Degeneration der Nervenzellen. Wratsch 1884. № 7.

Auf einen solchen Paroxysmus folgt eine Pause von einigen Stunden bis zu einem ganzen Tage, während der die Hunde jedoch nicht gesund erschienen. Dann tritt wieder der obige Paroxysmus, gesteigert bis zu epileptischen Anfällen auf. Zuweilen der Tod während dieses Anfalles oder aber allmälig unter allgemeiner Entkräftung.

Allmälige Gewichtsabnahme vom 2. Tage an bis zu 5 Pfund in 16 Tagen, obgleich die Hunde fressen. Der Puls während des Anfalls beschleunigt bis zu 150—160 in der Minute, arythmisch. Athmung beschleunigt. Temperatur normal oder kaum um ½° C. erhöht, 2—3 Tage vor dem Tode subnormal. „Die Erregbarkeit der Hirnrinde erhöht; die elektrische Reizung der correspondirenden Partie der Rinde, die vor der Operation keinen epileptischen Anfall auslöste, verursacht nach der Operation schon während der ersten Krankheitserscheinungen schwere und anhaltende epileptische Anfälle. Die galvanische Erregung der peripheren Nerven wird stärker einige Stunden, ja einen ganzen Tag vor dem Zittern, wird aber darauf wieder geringer in der drauffolgenden anfallsfreien Pause". Einige Mal wurde Conjunctivitis, einmal eitrige Keratitis beobachtet, ausserdem bei den meisten Hunden 3—4 Tage nach der Operation dünflüssige, äusserst stinkende Darmentleerungen. Alle diese Erscheinungen waren nicht in toto bei jedem Experimente in gleicher Stärke, im Ganzen war das Bild aber ein einheitliches.

Die Section, besonders bei den Hunden, wo die Anfälle stark waren, ergab Blutreichthum der Gefässe der Dura, ebenso des Gehirns, der Intervertebralgefässe der Hals- und Lendenwirbel. Im Wirbelcanal fanden sich zwischen Periost und Dura Blutextravasate. Das Rückenmark zeigte makroskopisch keine Veränderungen. Die inneren Organe bis auf einen zuweilen bestehenden Dickdarmcatarrh mit oberflächlichen, punctförmigen Extravasaten oder in anderen Fällen einer leichten Anämie, unverändert. Milz normal, die Hypophysis cerebri auch wenig verändert. — Am Halse auch kein wesentlicher Befund.

Auf diese Data hin ist Verf. geneigt anzunehmen, dass der Schilddrüse eine specielle Function eigen sei, deren Verlust eine ganze Reihe nervöser Störungen verursacht, die abgesehen von anderen concomitirenden Erscheinungen sich durch Krämpfe, erhöhte elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde (worauf schon Horsley hingewiesen hat) und erhöhte galvanische Erregbarkeit der peripheren Nerven äussert. Zugleich ist auch auf das Factum hinzuweisen, dass zwischen den Paroxysmen ganz von stürmischen Erscheinungen freie Intervalle existiren". In dieser Periodicität sieht Verf. einen Hinweis darauf, dass bei Functionsaufhebung der Schilddrüse im Organismus sich irgend ein Gift entwickele, welches sog. cumulirende Wirkung besitze".

Die genauere Analyse und die Resultate der mikroskopischen Untersuchung der Centralorgane verspricht Verf. in einer weiteren Arbeit genauer darlegen zu wollen. N.

Reiersen: Ueber die Behandlung von Nasendiphteritis. (Nordiskt Med. Ark. Bd. XIX).

Da es in vielen Fällen, namentlich bei Kindern sehr schwer ist die Nase mit desinficirenden Flüssigkeiten durchzuspritzen, so hat Verf. Bacilli aus Borsäure und Cocain machen lassen. Diese werden so tief in die Naslöcher eingeführt, dass sie aus den Choanae posteriores herausragen. Sie wirken nach Ansicht des Verf. sowohl durch den Druck, den sie ausüben als auch durch die desinficirenden Eigenschaften der Borsäure, die beim Schmelzen der Stäbchen sich senkt und auch noch im Magen ihre desinficirende Wirkung auf die verschluckten Membranen fortsetzen kann. Buch (Willmanstrand).

Lemoine: Ueber die Temperatur in den einzelnen epileptischen Anfällen. (Progrès médic. 1888. № 5).

Bourneville[1]) hatte vor einiger Zeit in mehreren Publicationen die Thatsache festgestellt, dass während eines epileptischen Anfalls die centrale Körpertemperatur erhöht sei, was von Witkowski[2]) bestritten wurde. Nachdem der Artikel des letzteren erschienen war, hat Bourneville über 200 Fälle veröffentlicht, welche seine Ansicht stützten. Um diesen Widerstreit der Meinungen aufzuklären, hat Lemoine in der Irrenanstalt zu Armentières an gegen 200 Epileptikern Beobachtungen in dieser Richtung angestellt und zieht aus der, der vorliegenden Abhandlung beigefügten Tabelle von 182 Beobachtungen folgende Schlüsse:

1) Die epileptischen Anfälle steigern die Körpertemperatur, meist nur in den Grenzen 0,1°—1,5°, im Mittel 0,7°.

2) Selten übersteigt die Temperatur während des Anfalls 39,0°.

3) Die Temperatur während des Stertors beträgt ziemlich oft 36,0°, 36,4°, was aber von einer niedrigen normalen Körpertemperatur und nicht von einem wirklichen Sinken derselben während des epileptischen Anfalls abhängt.

4) Ein und derselbe Kranke kann eine verschiedene Temperatur bei den verschiedenen Einzelanfällen darbieten, es kann in dieser Beziehung eine grosse Unregelmässigkeit herrschen und bietet selten ein Epileptiker dieselbe Temperatursteigerung während verschiedener Anfälle.

[1]) Bourneville: Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. Paris Delahaye 1872 fascic. II. — Progrès médic. 1886. № 48 et 49 u. Arch. de neurol. 1888.

[2]) Witkowski: Berlin. klin. Wochenschr. 1886. № 43 u. 44.

5) Die Abhängigkeit der Temperaturerhöhung von dem Anfalle wird durch den Umstand bewiesen, dass die Temperatur häufig nach abgelaufenem Paroxysmus rasch fällt und selbst nach Verlauf einer Viertelstunde um ein Grad niedriger sein kann, als während des stertorösen Stadiums.

In einer redactionellen Bemerkung zu dem vorliegenden Artikel macht Bourneville darauf aufmerksam, dass er bereits in seiner oben citirten Arbeit auf die differentiell-diagnostische Bedeutung der Temperatursteigerung zwischen wahrer und simulirter Epilepsie aufmerksam gemacht hat und dass seine Behauptung von Gottardi (sur le diagnostic différentiel entre l'épilepsie vraie et l'épilepsie simulée in Arch. méd. belges 1880 T. XVII. p. 323) bestätigt wird. Hz.

E. Haudelin (Tiflis): Ein Fall von Lepra mixta. (Protocolle der Kaukasischen med. Gesellschaft. 1887—88. № 8).

Während auf dem Gebiet der Lepra-Frage in den Ostseeprovinzen reges Leben herrscht[1]), erfahren wir über die Lepra in Süd-Russland kaum etwas. Die einzige Arbeit der letzten Jahre (Münch) giebt die Zahl der Leprösen in Süd-Russland auf 139 an (eine entschieden viel zu gering gegriffene Ziffer). Um so dankenswerther ist es, dass ein so tüchtiger Forscher, wie Haudelin, sich der Frage annimmt. Bereits 1860 berichtete Koslowski über 95 Fälle im Terek-Gebiet des Kaukasus; seither hat man aber keine weiteren Nachrichten darüber. Um nun das Interesse für Lepra im Kaukasus zu wecken, stellte H. in der Sitzung des Kauk. med. Vereins am 16. Sept. 1887 einen Lepra-Patienten vor und demonstrirte die mikroskopischen, bacillenhaltigen Präparate aus den Knoten und einer Inguinaldrüse des Pat. Es handelte sich um den 26-jährigen Armenier Chodar Chodawerdow aus dem Dorf Nasarahad (Kreis Nachitschewan). Die Eltern sind gesund und Pat. will auf einer seiner stetigen Fahrten als Fuhrknecht vor einigen Jahren erkrankt sein. Zuerst zeigten sich Knoten an den Ellbogen, dann an den Knien, worauf sie auch an den Lippen erschienen. Zuerst trat an den Händen und Füssen Hyperaesthesie, dann Anaesthesie auf. *Stat. praes.* Körperbau gut, Fettgewebe gering. Facies leonina, die Nase eingefallen, Bart und Augenbrauen geschwunden, ulcerirte Knoten an den Extremitäten, der weiche Gaumen fehlt zum Theil, Larynx afficirt, das ganze Gesicht und der grösste Theil der Extremitäten anästhetisch, die Testikel mit Knoten durchsetzt, das Sexualgefühl seit 3 Jahren geschwunden. Des Weiteren giebt H. einige Daten über die Ausbreitung der Lepra in anderen Ländern und erinnert an die Thatsache, dass im 13. Jahrhundert in Europa ca. 19000 Leproserien bestanden, denen es wohl zu verdanken, dass man die Lepra dort ausgerottet hat. Im Kaukasus hat eine Leproserie in der Staniza Naursk bei Pjatigorsk bestanden, sie wurde jedoch aufgehoben, weil man glaubte Lepra sei nicht infectiös, sondern erblich.

An den Vortrag Haudelin's knüpfte sich folgende *Debatte*:

Dr. Korona meint, derartige Autoritäten wie Tarnowski und Sperk halten Lepra nicht für infectiös, sondern erblich. Die statistischen Daten sprechen nicht für Infectiosität, denn die Zahl der Leprösen wächst allmälig durch die allgemeine Zunahme der Bevölkerung und oft werden auch Syphilitiker als Lepröse angesehen. Desgleichen spreche gegen Infection, dass Lepröse oft (?) gesunde Kinder geboren, wenn sie nicht in Lepra-Gegenden wohnen.

Dr. Haudelin bekämpft entschieden die ausgesprochene Ansicht, dass die Zahl der Vermehrung der Bevölkerung zunehme.

Dr. Korona giebt die Möglichkeit der Infection per contagionem zu.

Dr. Krassnogljadow hält die Infectiosität nicht für bewiesen. Bereits in den 20-er Jahren habe Prof. Kalinski in Persien darüber Nachforschungen angestellt und nach negativem Resultate die Leprösen aus der Leproserie befreien lassen, da sie dort psychisch leiden.

Dr. B. Teljafuss theilt mit, dass man in Persien die Leprösen für so infectiös halte, dass man sie aus den Städten treibt, jdee Berührung vermeidet und ihre Sachen verbrennt.

Dr. M. Myschkin fügt hinzu, dass in einer leprösen Gegend bei Samarkand die Eingeborenen die Lepra für äusserst infectiös halten. Während seines Aufenthaltes daselbst erinnert er sich einen Fall von Infection gesehen zu haben; es inficirte sich der Commandeur eines Schützen-Batallions und zog nach St. Petersburg fort, liess sich dann in Pjatigorsk behandeln und starb nach 12-jähriger Krankheit. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Harnack: Die Gründzüge der Chemie für Aerzte und Studenten, auch als Leitfaden für das Studium der Chemie. Russ. Uebers. von J. Lamanski. St. Petersburg, K. Ricker 1887. VI. 84 S.

Wir sind wiederum der rührigen und thätigen Verlagsbuchhandlung zu grossem Danke verpflichtet, dass sie dieses prächtige Werkchen dem russischen ärztlichen Publikum durch eine gute Uebersetzung zugänglich macht. Wie der Verf. in der Vorrede richtig bemerkt, liegen die chemischen Kenntnisse der meisten Aerzte sehr im Argen und soll das vorliegende Buch diese Lücken ausfüllen, was es auch im vollsten Maasse thut. Die Grundzüge der Chemie sind in knapper, aber sehr klarer Form dargelegt, so dass man das Büchlein mit Vergnügen und vielem Nutzen liest; es sei hiermit warm empfohlen. Hz.

[1]) Ein ausführliches Referat darüber folgt in № 13.

H. v. Ziemssen: Klinische Vorträge VII. die Neurasthenie und ihre Behandlung. Leipzig Vogel 1888. 34 S.

Sehr klare und recht ausführliche Darstellung der betreffenden Krankheit und deren Behandlung; der Vortrag wird gewiss von Vielen mit Vergnügen und Nutzen gelesen werden; Neues bringt er nicht, doch fasst er das bisher Bekannte und therapeutisch Bewährte sehr gut zusammen. Hz.

Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker, unter der Special-Redaction von Prof. E. Gurlt, herausgegeben von Prof. A. Hirsch. Lieferungen 55—60. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg 1887—1888.

In aller Stille haben die unermüdlichen Gelehrten Gurlt und Hirsch ein grossartiges, in seiner Art einziges Werk beendet, wir meinen das biograph. Lexicon; jedoch nicht zufrieden mit dem bisher Geleisteten schliessen sie sofort an das Ganze einen Nachtrag, welcher, nach dem bisher Erschienenen zu urtheilen, ebenfalls eine ganze Reihe von Lieferungen in Anspruch nehmen wird. Nachdem wir nun einen Ueberblick über das ganze Werk gewonnen, können wir dem bisher bezüglich der einzelnen Lieferungen wiederholt ausgesprochenen Urtheil kaum etwas hinzufügen. Eine derartige Fülle an historischem und litterärischem Material haben wir bisher noch in keinem Werke gefunden. Dieses Material hat einen bleibenden Werth für alle Zeit. Daher dürfte das besagte Werk in keiner grösseren medicinischen Bibliothek fehlen. Der Preis pro Heft (NB. nicht Lieferung, denn meist enthält jedes Heft 2 Lieferungen) ist ein äusserst bescheidener.

Die Professoren Gurlt und Hirsch haben sich und der deutschen Arbeitskraft durch dieses bedeutende Werk ein ehrenvolles bleibendes Denkmal geschaffen, desgleichen die Verleger Urban & Schwarzenberg, welche stets bereit sind derartige Werke materiell zu stützen, ohne Hinblick darauf ob sie auch selbst dabei einen materiellen Nutzen ziehen oder nicht. P.

W. F. Loebisch: Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. 3. gänzlich umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1888. 432 S.

Das Erscheinen einer dritten Auflage des bewährten Handbuchs von Loebisch über die neueren Arzneimittel wird sicher von vielen praktischen Aerzten mit Freude begrüsst werden, denn bei der mit jedem Tage wachsenden Anempfehlung neuer Arzneikörper bedarf wohl kein Werk dringender der Umarbeitung und Ergänzung, als ein solches. Besonders der praktische Arzt ist dem Verfasser dieses Werkes zu Dank verpflichtet für die einheitliche Zusammenstellung der gebräuchlichsten neuen Arzneimittel, da er garnicht im Stande ist über die Wirkungs- und Anwendungsweise derselben sich aus den einzelnen Journalartikeln zu informiren. Erfreulich ist es, dass der Verfasser, welchem nach seinem Beruf eigentlich nur das pharmakologische Experiment am lebenden Thiere wichtig erscheinen musste, auch auf die praktische Verwendung der einzelnen Arzneikörper am Krankenbette so grosses Gewicht legt, wobei ihm ein Kliniker, Prof. Rokitansky, berathend zur Seite stand.

Die einzelnen Arzneisubstanzen werden eingehend mit genauer und nahezu vollständiger Berücksichtigung der bezüglichen Literatur in Bezug auf ihre Darstellungsweise, ihre physikalischen, chemischen und physiologischen Eigenschaften und ihre therapeutische Anwendung besprochen. Sehr genau werden auch die einzelnen Prüfungsmethoden auf die Reinheit der Arzneikörper und die toxischen Nebenwirkungen derselben berücksichtigt. Sehr zweckmässig sind das am Ende jedes, als abgerundete Monographie aufzufassenden Kapitels befindliche Literaturverzeichniss und die beigegebenen mehr oder weniger in der Praxis bewährten Receptformeln. Sehr erfreulich ist die, wenn auch nicht vollständige Berücksichtigung der russischen Literatur, welche gewöhnlich ziemlich stiefmütterlich behandelt wird. Sehr eingehend sind bei der Beschreibung von Arzneimitteln von ähnlicher therapeutischer Wirkung die Unterschiede derselben in klinischer Beziehung geschildert und die Cautelen betont, die man bei der Verordnung der einzelnen Arzneikörper am Krankenbette beobachten muss. Auch wird beim Lesen dieses Buches häufig das Streben des Verfassers ersichtlich, die physiologische Wirkung eines bestimmten Arzneikörpers aus der chemischen Zusammensetzung und den physikalischen Eigenschaften desselben abzuleiten, ein Streben der neueren Heilmitteluntersuchung, welches in der letzten Zeit so fruchtbringend hinsichtlich der Auffindung und Empfehlung neuer und darunter sehr wichtiger Substanzen war.

Die neue Auflage ist durch eine Reihe von in den letzten 4 Jahren vorgeschlagenen Arzneimitteln vermehrt worden. Den Arzneikörpern aus der Fettreihe sind noch Paraldehyd, Urethan, Nitroglycerin und Amylenhydrat hinzugefügt. Die der aromatischen Reihe zugehörigen Arzneikörper sind auch durch eine Reihe neuer Repräsentanten bereichert worden (wie z. B. Acetanilid, Aseptol, Hypnon, Salol, Saccharin u. a.). Ferner sind neu aufgenommen das Pyridin, die Antipyretica aus der Chinolinreihe, das Antipyrin und das Ichtyol, von den Alkaloiden das Cocain und von den Pflanzendroguen der Strophanthus.

Die Darstellung der physiologischen und therapeutischen Eigen-

schaften der einzelnen Arzneisubstanzen ist präcis und klar und sind die Ergebnisse der experimentellen und klinischen Forschungen aus den letzten Jahren eingehend berücksichtigt. Der Druck und die äussere Ausstattung des Buches sind ausgezeichnet.

Das Werk ist Dank seinem reichhaltigen Inhalt in jeder Beziehung, besonders als Nachschlagebuch für den praktischen Arzt, empfehlenswerth. —ss.

Vermischtes.

— Die Gesellschaft der Aerzte zu Wjatka hat in ihrer Sitzung am 10. Februar beschlossen: „ihre Theilnahme dem hochgeschätzten, schuldlos schuldigen Collegen Dr. Dreypölcher auszudrücken". Wr.

— Medizinskoje Obosrenie bringt in ihrer № 2 eine ausführliche Besprechung des „Falles Dreypölcher", welche sich hauptsächlich auf die Mittheilung des Dr. Stoltz in Nowoje Wremja 16. Januar 1888 stützt und die Einstimmigkeit der gesammten medicinischen Presse in der Auffassung betont, dass Dreypölcher unschuldiger Weise für schwere Sünden Anderer gebüsst hat. Besonders scharf wird das Verhalten der ärztlichen Zeugen und Experten getadelt und die feste Ueberzeugung ausgesprochen, dass alle medicinischen Gesellschaften der vom Vereine St. Petersburger Aerzte am 19. Januar d. J. einstimmig gefassten Ehrenerklärung beipflichten werden.

— Im Maimonat d. J. begeht der Präsident des Medicinalrathes, Prof. emer. wirkl. Geheimrath Dr. Zdekauer, das *50-jährige Jubiläum* seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit.

— Der Ober-Militär-Medicinalinspector, Geheimrath Dr. Remmert, ist von der kaukasischen medicinischen Gesellschaft, deren Präsident er längere Zeit war, *zum Ehrenmitgliede gewählt* worden.

— Der ältere Arzt der 8. Flottenequipage, wirkl. Staatsrath Galusinski, ist zum Gehülfen des Oberarztes des St. Petersburger Marinehospitals ernannt worden.

— Am 9./21. März beging der berühmte Professor der Geschichte der Medicin an der Berliner Universität, Geheimrath Dr. A. Hirsch, sein *25-jähriges Jubiläum* als Professor an der Berliner Universität. Bei dieser Gelegenheit wurden ihm zahlreiche Ovationen dargebracht.

— Der Gemeinderath von San Remo hat Dr. Morell Mackenzie das *Ehrenbürgerrecht* verliehen.

— An Beiträgen für das auf den Namen des verdienten Professors Trapp zu gründende *Stipendium* sind bei der St. Petersburger PharmaceutischenGesellschaft bereits 3320 Rbl. 50 Kop. eingegangen.

— Der Arzt der hiesigen Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez, N. M. Popow, ist zum Professor der Psychiatrie und Nervenheilkunde an der Warschauer Universität ernannt worden.

— *Verstorben*: 1) Am 29. Februar in St. Petersburg der Arzt am hiesigen Marien-Gebärhause, Dr. J. Garfunkel, an einem organischen Herzfehler. Der Verstorbene, welcher seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten hatte, hat gegen 15 Jahre am Marien-Gebärhause gewirkt, die letzten Jahre als Docent der Geburtshülfe an der bei diesem Gebärhause bestehenden Hebammenschule. 2) In Dünaburg der Oberarzt des dortigen Militärhospitals wirklicher Staatsrath Dr. J. Archangelski. 3) In Podolien auf seinem Gute Dr. K. Dobrowolski im 86. Lebensjahre. D. hat seine medicinische Ausbildung an der früheren Wilnaschen Universität erhalten, wo er i. J. 1829 zum Dr. med. promovirt wurde. 4) In Brazlaw (Podolien) der dortige Stadtarzt W. Kostezki am Flecktyphus, den er sich im Gefängnisshospital zugezogen hatte. Da seine Gage sehr kärglich war (35 R. monatlich), so hat er seine Frau mit einem Kinde ganz mittellos hinterlassen. 5) In München am 19. März n. St. der Senior der dortigen med. Facultät, Geheimrath Prof. Dr. Franz Gietl, im 85. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war seit 1838 Director der medicinischen Klinik und noch länger Leibarzt der bayrischen Könige *Maximilian* und *Ludwig II.* 6) In Leipzig der verdienstvolle Orthopäde, Docent für dieses Fach an der dortigen Universität, Dr. H. Schildbach, im 64. Lebensjahre.

— Gegenwärtig tagt hierselbst ein *Congress der Bezirks-Oculisten sämmtlicher Militärbezirke* des Reiches unter dem Vorsitz des Ober-Militär-Medicinalinspectors. An den Arbeiten des Congresses nehmen auch Repräsentanten des Civil- und Marine-Medicinal-Ressorts, sowie der Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Dr. Dobrowolski, Theil. Auf der Tagesordnung des Congresses stehen unter Anderem die Berathung über Maassregeln zur Unterdrückung der Augenkrankheiten sowohl in der Armee, als auch in der übrigen Bevölkerung des Reiches, der Ausarbeitung einer Instruction für die Bezirksoculisten, sowie einer Instruction für die Wehrpflichtcommissionen bezüglich der Augenkrankheiten, Maassregeln gegen das Trachom.

— Wie der „Wratsch" erfährt, ist auf Initiative des Ober-Militär-Medicinalinspectors eine besondere *Commission zur Revision der Militär-Pharmacopoe* unter dem Vorsitz des Professors der mil.-med. Academie Ssuschtschinski eingesetzt worden, welche alles Veraltete aus der Pharmacopoe entfernen und dagegen Neues, das sich klinisch bewährt hat, aufnehmen soll.

— Es soll definitiv beschlossen sein, in nächster Zeit im Militär-Medicinalressort das *Decimalgewicht einzuführen*.

— Nach der „D. Med.-Ztg." beträgt die *Zahl der Aerzte* in Italien 17,568, in Deutschland 16,292, in Frankreich 14,316 und in Oesterreich 11,000.

— Die *Heidelberger Ophthalmologische Gesellschaft* wird ihr *25-jähriges Bestehen* in diesem Jahre dadurch feiern, dass sie die Augenärzte aller Länder auffordert ihren Sitzungen vom 9.—12. Aug. beizuwohnen und durch ihre Anwesenheit den jährlichen Heidelberger Ophthalmologen-Congress zu einem internationalen Congress zu erweitern. Der letzte, sechste internationale Ophthalmologen-Congress hat i. J. 1880 in Mailand stattgefunden und ist in Folge verschiedener Umstände seitdem nicht wieder zusammengetreten. Derselbe soll nun bei dieser Gelegenheit zu neuem Leben erweckt werden. Das vorläufige Programm kündigt bisher an für: 9. Aug. Referat über Glaucom — Priestley Smith und Snellen, 10. Aug. Ref. über Cataract — Gayet (Lyon) und Schweigger, 11. Aug. Ref. über Bacteriologie — Leber und Sattler.

— Die Verwaltung des *zum Andenken an* William F. Jenks *gestifteten Preises*, der alle drei Jahre im Betrage von 250 Dollars zur Vertheilung kommt, theilt uns mit, dass der nächste Preis dem Autor der besten Arbeit über «*die Diagnose und Behandlung der Extrauterinschwangerschaft*» zuertheilt werden wird. Um den Preis kann sich Jeder bewerben. Die Arbeit muss englisch geschrieben, von einem mit dem Motto der Arbeit versehenen, versiegelten Couvert begleitet sein, das Namen und Adresse des Autors enthält, und ist bis zum 1. Januar 1889 einzusenden an das College of Physicians of Philadelphia, Pennsylvania U. S. A. unter Adresse von Ellwood Wilson, M. D., Präses des Preis-Comités.

— Dem *Rechtsschutzverein* Berliner Aerzte wurden im J. 1887 8023 ärztliche Honoraranforderungen im Betrage von 125,657 Mark zur Beitreibung übergeben. Davon sind 4294 Liquidationen im Betrage von 75,702 Mark eingegangen, während die übrigen Liquidationen noch in geschäftlicher Verhandlung sich befinden. Die Einnahmen des Bureaus betrugen pro 1887 10,528 Mark, die Ausgaben 10,097 Mark, so dass ein Gewinn von 431 Mark erzielt wurde. (A. m. C. Ztg.).

— Von Frau Mathilde Weber (Gattin des Universitätsprofessors W. in Tübingen) ist eine kleine Broschüre erschienen, in welcher sie für die Zulassung der Frauen zum Studium der Medicin in Deutschland plaidirt und ausserdem verlangt, dass den in Zürich graduirten weiblichen Aerzten in Deutschland die Ausübung der Praxis gestattet werde. Die Verfasserin schlägt vor, an einer grösseren deutschen Universität, an welcher doppelte Lehrstühle für die einzelnen Fächer bestehen, Parallelcurse für die Studentinnen der Medicin zu eröffnen.

— Petit injicirt bei der Behandlung der Hydrocele mit gutem Erfolge vor der Einspritzung der Jodtinctur in die Tunica vaginalis Cocainum muriat. (15 Ctgramm in 20 Grmm. Wasser gelöst). (Concours med. — Med.-chir. Rundsch.).

— Bei *Zahnextractionen* empfiehlt Martin (Lyon méd.) behufs Anästhesirung eine Mischung von Cocain. mur. 0,04 — Antipyrini 0,4, Aq. dest. 1,0) zu injiciren. Die Schmerzlosigkeit tritt zwar langsamer ein, doch werden die Gefahren der Cocaininjectionen auf diese Weise vermieden.

— Nach Jorisenne genügt die einmalige Anwendung einer rothen Quecksilbersalbe (Hydrarg. oxyd. rubr. 0,1 — Lanolini 10,0), um ein Gerstenkorn am Auge gleich beim Erscheinen zum Schwinden zu bringen. (Brit. med. J. — Therap. Monatsschr.).

Vacanzen.

1) Es wird für eine ärztliche Privatstellung im Ssimbirskschen Gouvernements ein Arzt oder eine Aerztin gesucht. Gehalt 1000 R. jährlich bei freier Wohnung mit Beheizung. Nähere Auskünfte ertheilt hierselbst Herr *J. A. Aktschurin*, Чернышевъ переулокъ, Маріинская Гостинница, Morgens von 9—11 und Abends nach 7 Uhr.

2) Eine *Landschaftsarztstelle* im Kreise *Saratow* ist zu vergeben. Gehalt 1200 Rbl. bei freier Wohnung mit Beheizung. Der Arzt ist verpflichtet zweimal in der Woche bestimmte Puncte seines Rayons zu bereisen. Ein Feldscheerer und eine Hebamme stehen dem Arzte zur Verfügung.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren		Todtgeboren	Gestorben	
			Summa	Auf 1000 Einw.		Summa	Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 912	26. Febr.-3. März	2778	33,7	—	1794	21,9
Paris	2 260 945	26. Febr.-3. März	1199	27,6	99	1200	27,9
Brüssel	181 270	19.—25. Febr.	100	28,7	8	90	25,8
Stockholm	216 807	19.—25. Febr.	116	27,8	7	90	21,6
Kopenhagen	300 000	29. Febr.-6. März	206	35,7	4	135	26,7
Berlin	1 414 980	26. Febr.-3. März	861	31,6	41	549	20,2
Wien	800 836	26. Febr.-3. März	552	35,8	32	414	26,8
Pest	442 787	19.—25. Febr.	334	39,2	20	292	34,3
Warschau	439 174	19.—25. Febr.	261	31,4	21	175	20,7
Odessa	268 000	26. Febr.-3. März	—	—	—	—	—
St. Petersburg	861 303	3.—9. März	584	35,3	23	540	32,

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. März 1888.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. April.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 13. St. Petersburg, 26. März (7. April) 1888.

Ueber die Verwerthung meteorologischer Beobachtungen an Curorten.

(Nach einem Vortrag, gehalten in der Gesellsch. der Aerzte in Jalta).

Von

Dr. med. A. Andreesen in Jalta.

Im Laufe der letzten zwei Jahre hatte ich Gelegenheit einen Winter in Jalta, einen Winter in Pau, einige Sommermonate in der Heilanstalt Falkenstein im Taunus und kurze Zeit im Frühling an den Curorten der Riviera di Ponente zu verleben. Es war natürlich, dass ich mir nach den vorhandenen meteorologischen Angaben und eigener Anschauung einen Einblick in die Wirkung der verschiedenen Klimate zu verschaffen suchte und einen Vergleich anstellte zwischen der geschlossenen Heilanstalt und den offenen Curorten. Dabei war mir besonders auffallend der Umstand, dass in der Heilanstalt der Zustand des Wetters eine geringe Rolle spielte, während an den Curorten das Wetter die Situation beherrschte. Es ist dieses im Allgemeinen verständlich, wenn man berücksichtigt, dass in Falkenstein das übende Princip das leitende ist, die Kranken von Witterungseinflüssen möglichst unabhängig zu machen, um ihnen bei jedem Wetter den reichlichen Genuss der freien Luft zu ermöglichen, während an offenen Curorten mehr nach schonenden Principien vorgegangen wird und die Kranken daher leichter auf Witterungseinflüsse reagiren. Dass dieses übende Princip für die Kranken in Falkenstein ohne schädliche Folgen ist, suchte der Director der Anstalt Dr. Dettweiler auf statistischem Wege nachzuweisen [1]). Da die Kranken den grössten Theil des Tages an der freien Luft zubringen, so wird in Falkenstein die Morgenvisite von den Aerzten im Freien gemacht. Um die Abhängigkeit der Anstaltsmorbidität vom Wetter festzustellen, wurden alle Krankenbesuche, die bei wegen besonderer Zwischenfälle an's Zimmer gefesselten Kranken gemacht wurden, notirt und es stellte sich heraus, dass ein constantes Verhältniss zwischen der Zahl der Zimmerbesuche und schlechtem oder gutem Wetter nicht nachzuweisen war. Wenn auch im Allgemeinen eine gewisse Unabhängigkeit der Kranken in Falkenstein von meteorologischen Einflüssen aus dieser Statistik hervorgeht, so wäre es doch gebotener gewesen an der Hand von meteorologischen Beobachtungen den Gang der Morbidität festzustellen, da der Begriff gutes und schlechtes Wetter ein sehr relativer ist. Dr. Lahillonne in Pau [2]) suchte, allerdings an einem kleinen Krankenmaterial, diesen Zusammenhang für Pau zu ergründen. Er unterscheidet Witterungsperioden von bestimmtem meteorologischem Charakter und bestimmtem Einfluss auf Lungenkranke und fand, dass der Uebergang einer Periode in eine andere sich besonders bemerkbar machte im veränderten Befinden der Kranken. Eine regenreiche Periode bei hohem und beständigem Luftdruck mit niederer Temperatur übe einen wohlthätigeren Einfluss auf Lungenkranke aus, besonders solche mit catarrhalischen Affectionen, als eine trockene Periode mit grossen Temperaturschwankungen bei schönen sonnigen Tagen. Grosse Schwankungen der Feuchtigkeit und der Temperatur veranlasse Pneumonien und Pleuritiden, begünstige die Dauer der Hämoptoe und hemme die Wirkung der Hämostatica. Die Kenntniss dieser Thatsachen sei für den Arzt in prophylaktischer Beziehung wichtig.

Es wäre von grossem Interesse, wenn die Aerzte an Curorten gemeinsam an ihrem Krankenmaterial die Frage untersuchen würden, ob und in welchen Zusammenhang die Veränderungen, die sie an den Kranken constatiren, mit meteorologischen Factoren zu bringen sind. Es kommt dabei besonders in Betracht die Temperatur und Feuchtigkeit der Luft. Betrachten wir, wie diese beiden Factoren auf den Organismus wirken und in welcher Weise die Lungen und die Haut, die beständig dem Einfluss der Temperatur und Feuchtigkeit der Luft ausgesetzt sind, beeinflusst werden. Da die Ausathmungsluft beim ruhigen Athmen mit Wasserdämpfen gesättigt ist, so müssen bei wechselndem Wassergehalt der Luft verschieden grosse Mengen Wasser durch die Lungen entleert werden. Die Ausathmungsluft hat eine Temperatur, welche der des Körperinneren ziemlich gleich ist und auch bei grossen Schwankungen der Aussentemperatur sich recht constant erhält; die Exspirationsluft ist da-

[1]) Dettweiler: Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten. 1884.

[2]) Lahillonne, Pau: Étude de Météorologie médicale. 1869.

her gewöhnlich wärmer als die inspirirte, wodurch ein Wärmeverlust durch die Lungen bedingt wird. Da beim Verdampfen von Wasser Wärme gebunden wird, so setzt sich der gesammte Verlust an Wärme durch die Athmung aus zwei Factoren zusammen. Wie wir sahen, hängt der Wasserverlust durch die Lungen von der Feuchtigkeit der Luft ab. Es ist hierbei zu unterscheiden die absolute und die relative Feuchtigkeit. Um die abs. F., d. h. die Menge des in der Luft enthaltenen Wasserstoffes zu bezeichnen, giebt man den Druck in Millimetern Quecksilber an, welche der Wasserdampf ausübt. Dieser Druck giebt nun ein recht genaues Maass für das Gewicht des in der Luft enthaltenen Wasserdampfes, da der Druck in Millimetern ausgedrückt fast genau auch das Gewicht des Wasserdampfes in einem Cubikmeter Luft in Grammen angiebt. Wenn also die abs. F. = 10,0 ist, d. h. der Druck des Wasserdampfes 10 Mm. beträgt, so sind auch fast genau 10 Gramm Wasserdampf in einem Cubikmeter Luft enthalten. Unter relativer Feuchtigkeit versteht man das Verhältniss zwischen der Dampfmenge, welche die Luft wirklich enthält und der Dampfmenge, bei welcher die Luft mit Wasserdämpfen gesättigt wäre. Die rel. F. wird in Procentzahlen angegeben, wobei der Maximaldruck = 100 gesetzt wird. Es sei z. B. die Temperatur der Luft 11° C., bei dieser Temperatur könnte die Luft enthalten Dämpfe mit einem Maximaldruck von 9,79 Mm. Enthält sie aber nur Dämpfe mit einem Druck von 6,3 Mm., so wäre die rel. F. $= \frac{6,3}{9,79} = 64\%$. Enthielte aber die Luft von 11° C. wirklich Wasserdämpfe von 9,79 Mm., so wäre die rel. F. $= \frac{9,79}{9,79} = 100\%$.

Je höher die rel. F., um so näher ist die Luft ihrem Sättigungspuncte und desto feuchter wird sie genannt; je niedriger die rel. F., desto weiter ist sie von ihrem Sättigungspuncte entfernt und desto trockener wird sie genannt. — Um sich eine Vorstellung über die Grösse des Wasserverlustes durch die Lungen zu machen, müssen wir die abs. F. berücksichtigen. Die Ausathmungsluft ist mit Wasserdämpfen gesättigt; da wir aber nach dem Stande der abs. F. mehr oder weniger Wasserdämpfe einathmen, so müssen wir diese in Abzug bringen, wenn wir wissen wollen, wieviel Wasserdampf aus den Lungen in die Luft wirklich hinein verdunstet wird.

Um zahlenmässig den Einfluss der Feuchtigkeit und der Temperatur der Luft auf die Lungen darzustellen, schlägt F. A. Hoffmann[3]) vor, den Wasserverlust (W) und den Wärmeverlust (W_1) durch die Lungen zu berechnen. Nach Hoffmann exhalirt der Mensch in der Minute 0,31 Grm. Wasserdampf, wobei angenommen wird, dass er bei jeder Exspiration ½ Liter Luft von 36° C., mit Wasserdämpfen gesättigt, abgiebt und 15 Respirationen in der Minute macht. Davon ist die Menge des Wasserdampfes abzuziehen, die eingeathmet worden ist, nach der Formel $W = 0,310 - \frac{3ab}{400}$. Es wird hierbei angenommen, dass in den meteorologischen Daten über einen Ort die abs. F. (ab) nicht angegeben ist, sondern nur die Temperatur und die rel. F. und man genöthigt ist die abs. F. aus a, der rel. F., und b, dem Maximum der Dampfspannung für die betreffende Temperatur, zu berechnen.

W_1 der Wärmeverlust durch die Lungen setzt sich aus zwei Factoren zusammen, aus α, der Wärmemenge, welche zur Erwärmung der Einathmungsluft verbraucht wird, und β, der Wärmemenge, welche latent wird bei der Verdampfung des Wassers. α und β können berechnet werden nach den Formeln: $\alpha = 2,3\ T_1$ und $\beta = W\ 536$, wo T_1 die Differenz zwischen Aussentemperatur und 36° C., W den Wasserverlust durch die Lungen bedeutet. Mit Hülfe der beiden Formeln $W = 0,310 - \frac{3ab}{400}$ und $W_1 = 2,3\ T_1 + W\ 536$ ist es möglich die Grösse des Wasserverlustes in Grammen und die Grösse des Wärmeverlustes in Calorien pro Minute zu berechnen und so zahlenmässig den Einfluss des Klimas auf die Lungen nachzuweisen. Bei einer Temperatur von 9° C. und abs. F. von 6.3 Mm. z. B. wäre W = 262,75 Milligramm und $W_1 = 62,1 + 140,834 = 202,934$ Calorien pro Minute. Mit Hülfe einer Tabelle, die leicht herzustellen ist, lassen sich diese Berechnungen schnell machen.

Wenn auch die Annahmen, die dieser Berechnung zu Grunde liegen, etwas willkürliche sind, so kommt es, besonders wenn man verschiedene Klimate mit einander vergleichen will oder die verschiedenen Tageszeiten desselben Ortes, weniger auf die absolute Grösse der Zahlen an, als auf die Relationen derselben. Einwenden liesse sich noch dagegen, dass die Exspirationsluft nicht immer mit Wasserdämpfen gesättigt ist, was nach Moleschott bei beschleunigtem Athmen der Fall ist. Jedenfalls kann man aber aus solchen Berechnungen eher Einblick in die Wirkung eines Klimas auf die Lungen gewinnen, als aus den gewöhnlichen Angaben. Wichtig ist nur zu entscheiden, ob W und W_1 durch die Lungen von wesentlicher Bedeutung für dieses Organ und den Gesammtorganismus sind. Es kommt hier besonders darauf an, W und W_1 durch die Lungen mit W und W_1 durch die Haut zu vergleichen, welche beständig Wärme und Wasser abgiebt. Die Grösse von W_1 durch die Haut hängt hauptsächlich ab von der Differenz zwischen Körpertemperatur und der Temperatur der Luft. Von Einfluss ist die Menge der in der Luft enthaltenen Wasserdämpfe, d. h. die abs. F. Bei kalter und feuchter Luft verliert der Körper mehr Wärme als bei kalter und trockener. W durch die Haut ist direct abhängig von der rel. F.; je höher dieselbe, desto weniger kann von der Haut Wasser verdunstet werden, und desto geringer wird auch der durch Wasserverdunstung bedingte Wärmeverlust sein. Hohe rel. F. hat verschiedene Bedeutung für die Haut, je nachdem die Luft kalt oder warm ist. Bei warmer und feuchter Luft wird sowohl W als W_1 sehr beschränkt sein müssen, während bei kalter und feuchter Luft W_1 sehr gross ist. Wenn wir W und W_1 durch die Haut in ähnlicher Weise wie für die Lungen berechnen könnten, so wäre uns ein klarer Einblick in die Wirkung der Temperatur und Feuchtigkeit möglich. Leider sind aber die Verhältnisse bei der Haut complicirter; es wären ausser Temperatur und Feuchtigkeit die Kleidung und besonders die Luftbewegung zu berücksichtigen, so dass wir über allgemeine Betrachtungen nicht hinauskommen. Betrachten wir nun die Betheiligung der Lungen und der Haut am Gesammtverlust von Wasser und Wärme.

Nach Landois setzt sich der Wärmeverlust aus folgenden Factoren zusammen:

	Wärme-einheiten	Procent der Ausgabe
1) Durch Harn und Koth verlassen 1900 Grm. den Körper im Mittel um 25° C. wärmer, als sie in der Nahrung aufgenommen waren	47,500	1,8
2) Durch die Respiration wurden 13000 Grm. Luft im Mittel um 25° C. erwärmt (Wärmecapacität der Luft = 0,26) . . .	84,500	3,5
3) Durch die Athmung werden 330 Grm. Wasser verdunstet (1 Grm. = 582 Wärmeeinheiten)	192,060	7,2
4) Durch die Haut werden 660 Grm. Wasser verdunstet	384,120	14,5
Summa	708,180	
5) Rest durch die Haut ausgestrahlt und fortgeleitet	1,791,810	72
	2,500,000	100

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, wie sich am Gesammtwärme- und Wasserverlust die Lungen und die Haut betheiligen und wie sehr W und W_1 durch die Haut überwiegt. Kann nun von einem directen Einfluss der Temperatur und der Feuchtigkeit auf die Lungen die Rede sein? Obgleich W_1 durch die Lungen ein beträchtlicher ist, so kann kaum von einem wesentlichen Einfluss desselben auf das locale Befinden der Lungen die Rede sein, da nur der Anfang der Luftwege, der Larynx und die grossen Bronchien betroffen werden. Was W betrifft, so ist er gering im Vergleich

auf die Lungen ähnlich wirken, wie eine Inhalation von Wasserdämpfen; die Schleimhäute geben weniger Wasser zur Sättigung der Ausathmungsluft ab, die Wirkung müsste eine lösende sein. Wenn man aber den Versuch macht, warme Luft von beträchtlicher abs. F. und geringer rel. F. einzuathmen, wie man das leicht im Zimmer herstellen kann durch starke Ofenheizung, so hat man das Gefühl unangenehmer Trockenheit und Reizung in den Luftwegen. Es ist daraus ersichtlich, wie überwiegend der Einfluss der rel. F. ist. Bei hoher rel. F. wird dem Körper wenig Wasser entzogen, das Blut wird wasserreicher. Es wird hoher rel. F. eine beruhigende Wirkung auf das Nervensystem zugeschrieben, geringer rel. F. eine erregende. Von einem directen günstigen Einfluss hoher abs. F. auf die Lungen kann daher nur die Rede sein, wenn mit derselben ein höherer Grad rel. F. verbunden ist. Die Berücksichtigung von W und W_1 durch die Lungen ist daher nur von Bedeutung, wenn dieselben im Zusammenhang mit der Wirkung der Temperatur und Feuchtigkeit auf den Gesammtorganismus betrachtet werden. Nur bei Anwendung des Freiluftathmens, wo nur die Luftwege der Aussenluft ausgesetzt sind, ist die Berechnung von W und W_1 durch die Lungen allein von grösserer Bedeutung.

Wenn wir die Temperatur, abs. und rel. F. kennen, so können wir W. und W_1 durch die Lungen berechnen, W und W_1 durch die Haut schätzen und daraus Schlüsse auf die Wirkung eines Klimas ziehen. Wenn auch die Mittelzahlen, wie ich sie z. B. für Pau [4]) und Jalta [5]) in folgender Tabelle angebe, genügen, um nur im Allgemeinen zu orientiren, so ist doch die Kenntniss der Abweichungen vom Mittel sehr wichtig, da eine gewisse Beständigkeit der Temperatur und Feuchtigkeit einem Klima einen bestimmten Stempel aufdrückt.

	Barometer		Temperatur		Rel. F.		Abs. F.		W in Milligrammen		W_1 in Calorien	
	Pau	Jalta	Pau	Jalta	Pau	Jalta	Pau	Jalta	Pau	Jalta	Pau	Jalta
Januar . .	743,74	762,4	5,70	3,9	74,5	78,5	5,10	4,75	271,75	274,00	215,35	220,69
Februar . .	744,00	768,0	6,90	3,7	72,0	78,1	5,36	4,66	269,50	274,75	211,38	221,55
März . . .	741,95	758,7	8,95	6,4	69,5	74,8	5,96	5,38	265,00	269,50	214,14	212,53
April . . .	742,20	757,6	13,00	10,7	66,5	71,5	7,42	6,86	254,50	258,25	189,31	196,61
Mai	741,70	757,8	15,25	15,9	65,0	71,0	8,42	9,55	247,00	238,00	180,00	174,79
Juni	743,48	757,2	18,30	20,9	63,5	68,8	9,94	12,64	2[illegible]5,75	215,50	167,70	150,23
Juli	743,74	755,6	19,95	24,1	63,5	64,8	11,04	15,06	227,50	196,75	158,74	133,23
August . .	743,00	756,4	20,55	24,6	64,0	64,1	11,55	14,74	223,00	199,75	154,95	133,28
September .	743,00	7[illegible]9,3	18,35	19,5	66,0	65,6	10,40	11,06	232,00	226,75	164,83	159,48
October . .	742,00	761,5	14,10	14,5	71,5	74,0	8,57	9,11	245,50	241,75	181,96	179,02
November .	742,50	769,0	8,80	10,5	75,0	79,7	6,34	7,55	262,75	253,00	203,39	194,25
December	744,74	765,0	6,35	7,2	76,5	84,0	5,50	6,38	268,75	262,00	212,13	206,67
Jahresmittel	743,0	760,7	13,02	13,49	69,5	72,9	7,97	8,98	250,25	242,5	187,82	181,86

[4]) A. Piche: Le climat de Pau. 1886.

[5]) Die Zahlen für Jalta verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Dr. Dmitrijew, Leiter der meteorologischen Station in Jalta.

Leider findet man in den gewöhnlichen Angaben über Curorte nur genauere Daten über die Temperatur und deren Abweichungen vom Mittel, während die abs. und rel. F. wenig berücksichtigt werden, so dass es meist schwer ist, sich richtige Vorstellungen über das Klima eines Curortes zu machen.

Um an der Hand meteorologischer Beobachtungen den Einfluss meteorologischer Factoren auf die Kranken an einem Curorte festzustellen, müssten gemeinsam von den Aerzten die Veränderungen im Befinden der Kranken notirt und darauf geachtet werden, ob bestimmte Veränderungen mit bestimmten meteorologischen Veränderungen zusammenfallen. Es wird dabei besonders auf den Gang der Temperatur und Feuchtigkeit zu achten, die Luftbewegung zu berücksichtigen sein. Die Schwankungen des Luftdruckes sind weniger von Bedeutung, da sie direct von geringerem Einfluss auf den Organismus sind. Auf die Schwankungen der Temperatur ist immer sehr geachtet worden, weniger aber auf die Schwankungen der Feuchtigkeit. Rohden erklärt das gehäufte Vorkommen von Lungenblutungen bei schnellem Ansteigen des Luftdruckes und der rel. F. durch die plötzliche Zunahme der Blutmenge in Folge zurückgehaltenen Wassers. Durch grosse Schwankungen der rel. F. werden Blutdruckschwankungen hervorgerufen, welche auf verschiedene Organe schädigend einwirken können. Die Berücksichtigung dieses Moments könnte sowohl bei der Therapie als Prophylaxe von praktischem Werth sein.

Unter Leitung graphischer Darstellung des Ganges des Luftdruckes, der Temperatur, der abs. und rel. F., sowie von W und W_1 durch die Lungen, wie ich dieselben hier z. B. für die erste Hälfte des Januar 1887 n. St. für Jalta [6]) anführe, liesse sich diese Frage untersuchen. Derartige Untersuchungen würden eine genauere Kenntniss der Curorte vermitteln und von grossem Werth sein für den Arzt, an den die Aufgabe herantritt, einem Kranken einen Curort zu empfehlen, besonders aber für den am Curort behandelnden Arzt. (S. die beiliegende Curventafel auf Seite 117.)

Referate.

Die Leprafrage in den Ostseeprovinzen.

Bisher herrschte in Russland noch eine bemerkenswerthe Gleichgültigkeit in Bezug auf die Frage von dem Vorhandensein und der Ausbreitung der Lepra, selbst unter dem ärztlichen Stande, und doch ist die Zahl der Leprösen in Russland keine ganz geringe. Wusste man doch schon seit Jahren, dass in den Ostseeprovinzen sowie in den Gebieten in der Umgebung des Schwarzen Meeres die Lepra nicht selten zur Beobachtung gelange. Meist beruhigte man sich mit der Ansicht, diese Fälle seien die *Ueberreste* der früher herrschenden Krankheit, die allmälig schwinden. Dem ist nun leider nicht so; wie wir weiter unten sehen werden, steht die Frage ganz anders; es findet eine *Ausbreitung* der Lepra statt, nicht Abnahme.

Wir müssen es als ganz besonders werthvoll bezeichnen, dass sich eine so bedeutende Kraft, wie Prof. v. Wahl in Dorpat, nunmehr eingehend mit der Leprafrage beschäftigt und energisch zum Kampf mit dieser Seuche auffordert. Im Jahre 1887 sind bereits bezüglich der Ostseeprovinzen wiederum 3 Arbeiten erschienen, nachdem seit Wachsmuth und E. v. Bergmann sucessiv eine Reihe von Mittheilungen (Dehio, Wellberg, Paulson etc.) erfolgt war.

Wir wollen im Nachstehenden eingehender über die folgenden neuen Arbeiten referiren.

I. Ueber die Lepra in den Ostseeprovinzen. I. Flugblatt. Dorpat 1887. Druck von K. A. Hermann. 16 pag. mit 4 Phototypien.

II. Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen, mit besonderer Berücksichtigung der Verbreitung und Aetiologie. Dissertation von P. Hellat. Dorpat 1887. K. A. Hermann. 101 pag. Mit 1 Karte und 2 Zeichnungen.

III. Ein Beitrag zur Casuistik der Lepra in den Ostseeprovinzen, spec. Kurlands. Von Dr. O. Chomse in Mitau. Mitau 1887. Felsko. 121 pag. Mit 1 Phototypie.

Im März 1887 hat sich in Dorpat ein *Verein zur Bekämpfung der Lepra* in den Ostseeprovinzen gebildet und zwar unter dem Präsidium des Prof. E. v. Wahl. Dieser Verein hat nun den Plan gefasst, durch eine Reihe herauszugebender populärer Flugschriften die Kenntniss der Lepra in der grossen Masse der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch Mitarbeiter heranzuziehen, welche einerseits durch kurze Berichte zur Kenntniss der Ausbreitung und der Ueber-

[6]) Beobachtungszeit 7, 1 und 9 Uhr.

tragung beitragen sollen, andererseits aber auch Mittel zum Bau von Leproserien schaffen können.

In dem I. Flugblatt finden wir über den Empfang von 328 Rbl. quittirt, von einem nur kleinen Kreise von Personen, darunter nur 1 Arzt. Wir benutzen hier gleich die Gelegenheit unsere Collegen von uns aus zum Beitritt zu diesem Vereine aufzufordern; wenn Jeder von uns nur mit einem geringen Beitrag sich betheiligt, können wir die Errichtung von Leproserien doch bedeutend beschleunigen. — Die Flugschrift giebt in knapper präciser Form ein klares Bild von dem gegenwärtigen Stand der Anschauung über die Lepra, hebt hervor, dass sie entschieden durch *directe Uebertragung* weiterverbreitet wird, namentlich im Stadium der Ulceration der Knoten und weist darauf hin, dass man im Westen Europas nur Dank der Einrichtung von Leproserien die Krankheit zum Aussterben gebracht, sowie in Norwegen bedeutend vermindert hat. Auch in dem 13. und 14. Jahrhundert herrschte die Lepra in den Ostseeprovinzen stark und wurde durch Leproserien bekämpft. Im 2. Theil der Schrift giebt Vf. eine so klare Beschreibung (durch Phototypien vervollständigt), dass darnach auch der Laie leicht Leprakranke erkennen kann. (Im Interesse Süd-Russlands scheint uns eine Uebersetzung ins Russische äusserst wünschenswerth). In jedem Falle möchten wir den Collegen diese Flugschrift auf's Wärmste empfehlen und sind überzeugt, dass auch sie, wie wir selbst, durch deren Lectüre äusserst lebhafte Anregung finden werden.

II. Die Hellat'sche Arbeit ist äusserst verdienstvoll und dient zur Vervollständigung der von Wahl in der Flugschrift nur leicht gezeichneten Skizze. 1884 von Prof. Wahl angeregt, hat Hellat im Laufe von 3 Sommern einen grossen Theil der Ostseeprovinzen bereist, um die einzelnen Herde selbst aufzusuchen und die Ausbreitung der Lepra zu studiren. Im Ganzen ist es ihm gelungen *378 Lepröse* zu ermitteln, doch ist ihre Zahl wahrscheinlich eine noch grössere. Sie vertheilen sich in folgender Weise:

In *Livland 276 Fälle* (laut officiellen Berichtes 108). Von diesen zählt der 1) *Rigasche Kreis* 75 Fälle (officiell 55)
(in Riga 35, in den Strandorten 9, in Holmhof 11),
2) *Pernausche Kreis* 57 (officiell nur 10),
3) *Wolmarsche Kreis* 53 (offic. 11),
4) Fellinsche Kreis 40 (offic. 2!),
5) Dörptsche » 22 (offic. 4),
6) Oeselsche » 25 (offic. 22),
7) Werrosche » 4.

In *Kurland 76 Leprafälle* und zwar der
1) Goldingensche Kreis 26 Fälle
2) Tuckumsche » 20 »
3) Von Dr. Chomse in verschiedenen Gegenden beobachtet 30 Fälle.

In *Estland 26 Lepröse* (Harrien 17, Wieck 5, Jerwen 2, Wierland 2).

Die Angaben bezüglich Kur- und Estlands sieht jedoch H. selbst für sehr mangelhaft an; die Zahl ist entschieden viel grösser.

Aeusserst interessant ist der *historische Ueberblick*, den Verf. giebt, wobei er 2 Fragen aufwirft: ist die Lepra eingeschleppt (von wo und wann) oder ist die gegenwärtige Lepra nur die Fortsetzung der früher vorhanden gewesenen? Der erste bekannte Fall in Livland betraf den Bischof von Lund, Andreas Sunisson, der 1222 nach Livland kam und dort von Lepra erfasst wurde. Leprahäuser bestanden auf Oesel bereits 1240 und in Reval 1237, jedoch meint Vf., dass dieses noch nicht beweise, dass die Lepra vor Ankunft der Deutschen in Livland geherrscht habe. Bemerkenswerth ist, dass die Bibelübersetzer keinen Volksausdruck für Aussatz fanden und ihn daher estnisch mit «pidalitôbi» (Spitalkrankheit) wiedergaben, während in späteren Jahren die Bezeichnung «maalused» im Volke auftauchte, welche jedoch für alle möglichen Ausschläge gebräuchlich ist. Gegenwärtig nennt das estnische Volk die Lepra «paha haigus», ebenso heisst das aber auch «Syphilis». H. hält es für wahrscheinlich, dass die Lepra durch die Deutschen eingeschleppt worden, jedoch bald erloschen sei, denn im Beginn des XV. Jahrhunderts wird des Revalschen Spitals nicht mehr Erwähnung gethan und im XVII. Jahrhundert ging auf Oesel das dortige Hospital wegen Mangel an Leprösen ein, wie Aehnliches auch im Westen Europas geschah. Die gegenwärtig herrschende Lepra ist nach Ansicht H.'s aus den südlichen Gouvernements Russlands, wahrscheinlich von rückkehrenden Soldaten eingeschleppt worden. Bemerkenswerth für diese Ansicht ist, dass sich unter den Leprösen ca. 4% ausgedienter Soldaten finden, von denen ein Theil bereits erkrankt heimgekehrt ist. Für die auch jetzt noch stattfindende Ausbreitung der Krankheit spricht, dass Paulson in Holmhof (gegenüber Dubbeln) gegenwärtig über 1,4% der Bewohner leprös fand, während dort vor 25 Jahren noch kein Fall bekannt gewesen, bis ein leprös inficirter Soldat dorthin zurückkehrte.

Die Lehre von der *Aetiologie* der Lepra hat 3 Phasen durchgemacht (Infection, Verwechselung mit Syphilis und Erblichkeit) und gegenwärtig ist man seit Hansen's Entdeckung (1868) wieder zur Infectionstheorie zurückgekehrt.

Gegen Erblichkeit spricht das «atypische Auftreten» (das sich weder an das Alter, noch directe Descendenz hält), sowie auch das schnelle Erlöschen der Lepra in Bezirken, wo Leproserien eingerichtet wurden.

Für die Infection sprechen:

1) Das *endemische Auftreten* in einzelnen Districten, einzelnen Familien.

2) Die *schnelle Vermehrung* der Erkrankungsfälle. In Holmhof war von 1863—76 nur ein Todesfall, von 1876—87 bereits 10 Todesfälle durch Lepra. In Rujen existirten 1868—69 nur 4, jetzt 19 Lepröse, während die oro- und topographischen Verhältnisse dieselben geblieben, das Klima durch Aushauen von Wäldern und Trockenlegung der Sümpfe besser geworden und die hygienischen Verhältnisse der Bauern viel günstiger wie vor 20 Jahren sind.

3) Fälle *unzweifelhafter Contagion* (Adams, Benson, Paulson, Robinson, Vidal, 6 Fälle von Hellat).

4) Der *constante Bacillenbefund* bei Leprösen.

5) Die *positiven Impfresultate* (Vossius, Damsch, Ortmann und Melchior).

In engem Zusammenhang mit der Aetiologie steht die wenig beachtete Frage von dem *Einfluss der Lepra auf das sexuelle Leben und die Entwickelung*. Auf Grund einer Reihe seiner Patienten kommt dabei H. zu folgenden Schlüssen: Hat der Marasmus bei der tuberösen Form einen gewissen Grad erreicht, so geht die Potentia generandi für beide Geschlechter verloren, oft geschieht dieses aber auch schon im I. und II. Stadium. Sobald die Lepra im Kindesalter auftritt, bleiben die Pat. auf derselben Entwickelungsstufe stehen, auf welcher sie sich beim Beginn des Leidens befanden, das Wachsthum hört auf, der Geschlechtstrieb bleibt aus, die Stimme bleibt knabenhaft. Somit sehen wir, dass diejenigen, die vor Eintritt der Pubertät erkranken, garnicht dazu kommen sich Nachkommenschaft zu schaffen und ihnen die Krankheit auf den Weg zu geben. Die meisten Fälle, die angeblich hereditär sind, erweisen sich als nach der Geburt inficirt, oft sind sie viel früher wie die Eltern inficirt. Wäre die Lepra erblich, so müsste sie schon längst verschwunden sein.

Von besonderer Wichtigkeit ist das Capitel von der Verbreitungsart der Lepra. H. weist nach, wie die Leprösen von den eigentlichen Herden auswandern und den Keim weitertragen. Bezüglich des *Infectionsweges* schliesst sich H. der Ansicht Babes' und Tonton's an, welche Leprabacillen in den Haarbälgen resp. Schweissdrüsen gefunden. Bemerkenswerth ist, dass die Lepra meist an den entblössten Körpertheilen (Gesicht und Extremitäten) zuerst auftritt und der Umstand, dass die Verfärbung der Haut bei der Lepra zu allererst um die Haarbälge beginnt (worauf v. Wahl schon seit längerer Zeit besonders aufmerksam macht). Hellat's mikroskopische Untersuchungen ergaben sogar schon an solchen Stellen, wo makroskopisch noch nichts wahrnehmbar, Infiltrationen der Umgebung von Schweissdrüsen und Haarbälgen.

Zum Schluss bespricht H. die prophylactischen Maassregeln und kommt zu dem Schlusse, dass für die Ostseeprovinzen 2 Leproserien mit je 200 Betten zu errichten seien. Die Unkosten liessen sich dadurch vermindern, dass man das Dienstpersonal aus den Leprösen wählte, sie selbst Kleidung etc. arbeiten liesse und ein Stück Land in nächster Nähe des Hospitales ihnen zum Landbau überliesse. — Es bliebe uns zum Schluss noch die Erwähnung, dass wenn man die Dauer der Lepra auf ca. 12 Jahre annimmt, nach Berechnung Hellat's auf Livland jährlich ca. 30—35 neue Erkrankungen anzunehmen wären.

Die Arbeit Chomse's bildet einen werthvollen Beitrag zur *Casuistik der Lepra*, indem er 30 ausführliche, in Mitau im Laufe von 20 Jahren beobachtete Fälle mittheilt (darunter 9 gestorben). Es handelte sich dabei um 22 Männer und 8 Weiber, das Alter schwankte zwischen 12—63 Jahren. Die meisten (14) stammten aus dem Doblenschen Kreise. Verheirathet waren 15, aus deren Ehen 41 Kinder stammten, die sämmtlich bisher gesund geblieben (!); von den Ehegenossen war stets nur der eine Theil krank. Heredität schliesst Chomse völlig aus.

Die *Prodromen* bestanden in 19 Fällen in fieberhaften Leiden mit rheumatoiden Schmerzen in den Infiltraten (von denen die Krankheit in 26 Fällen begonnen) und zwar stets auf der Stirn, bei 6 gleichzeitig auch an den Extremitäten; Knoten traten 6 Mal als Initialsymptom auf. — Die Nasenschleimhaut wurde in 23 Fällen ergriffen, Nasen- und Mundschleimhaut bei 21. Von *Complicationen* wurde 8 Mal *Eczem* beobachtet, 5 Mal Erysipel und in einem Falle nur Varioloïs, die jedoch keinen Einfluss auf den Verlauf des leprösen Processes ausübte.

In der Mehrzahl der vorgeschrittenen Fälle wurde eine Hypertrophie der Zehennägel beobachtet; Mutilationen kamen 6 Mal zur Beobachtung. Mit dem Tode endeten die Fälle nach 3—24-jähriger Dauer, im Durchschnitt der 9 Fälle nach 8½ Jahr. Die *Therapie* wies bei Ch., wie auch sonst, keine Erfolge auf. Fälle von Uebertragung konnte Ch. nicht nachweisen, obgleich auch er sich dahin ausspricht, dass die Lepra zu den Infectionskrankheiten zu rechnen sei. P.

Drzewiecki: Der Gebrauch des Calomels zur Verhütung der Narbenbildung nach Blattern. (New-York Medic. Rec. № 14. Jan. 1888).

Das Calomel wirkt vorzüglich gegen die Narbenbildung nach Variola, wenn es auf die bereits entwickelten Bläschen und Pusteln aufgestreut wird, welche sofort eintrocknen; auf welche Weise dieses Mittel wirkt, kann D. nicht angeben, meint aber eine wenigstens theilweise Sublimat- oder Quecksilberwirkung annehmen zu müssen, weil das Calomel unter dem Einflusse von Licht sich in HgCl und Hg zersetzt. Er hat es entweder rein oder mit Stärke (20—30% $HgCl$) gebraucht. Hz.

J. Grosch: Studien über das Lipom. Mit 2 Lichtdrucktafeln. (Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. XXVI. p. 307—382).

Diese Arbeit des talentvollen, leider im Beginne seiner wissenschaftlichen Laufbahn dahingeschiedenen I. Assistenten der Dörptschen chir. Klinik ist von Prof. E. von Wahl aus dem Nachlasse des Verf. dem Druck übergeben worden. Trotz ihres etwas fragmentarischen Charakters ist dieselbe entschieden fesselnd und anregend, enthält auch für den rein praktischen Chirurgen manchen nützlichen Wink und ist in ihrem Schwerpunct — der Aetiologie — theoretisch interessant und originell. Diese Gründe rechtfertigen unseren Lesern gegenüber ein ausführliches Referat. Nach einer kurzen Einleitung über die Lücken in der Lehre von der betr. Geschwulstform bespricht Verf. 1) *Das Lipom der Schädeldecken*. 3 Fälle von Stirnlipom aus der Dörptschen Klinik, 21 aus der Literatur, 4 in der Scheitelgegend, 4 am Hinterhaupt, 3 an der Schläfe. Charakter: meist halbkugelige oder auch flachgedrückte, breitbasige, nur mitunter gestielte Geschwulst. Hautdecke meist unverändert, immer verschiebbar und in Falten zu erheben. Oberfläche in der Regel homogen und glatt, Masse nicht gelappt. Wachsthum langsam und gleichmässig; Lieblingssitz die Stirn; *Lage zwischen Pericranium und Galea*. Letzteres findet seine Erklärung in den dichten, straffen Texturverhältnissen der Kopfschwarte. Um die Basis der Geschwulst bildet das Pericranium oft einen durch Infiltration oder wirkliche Verknöcherung bedingten wallartigen Ring, ähnlich wie bei den Dermoiden, doch scheint letzteres nach Tyrrel nur bei den angeborenen Lipomen vorzukommen; der Tumor liegt dann, wie in einem Falle von Bergmann in einer Knochenmulde fest eingebettet. Auf 18 Männer kommen 11 Frauen. Altersklassen sämmtlich vertreten, von 20 J. an bevorzugt. *Aetiologie*: vorausgegangenes Trauma häufig, Erblichkeit in 1 Falle. *Differentialdiagnose*: Atherom — mit der Haut verschieblich, da aus Theilen derselben entstanden. Dermoid — tritt in den ersten Lebensjahren in Erscheinung, hat Praedilectionsstellen (oberer lateraler Augenhöhlenrand, Glabella, grosse Fontanelle, Regio mastoidea), während das Lipom regellos verbreitet ist. Encephalocele — Beziehung zum Schädelinneren etc.

2. *Ueber das volare Hand- und Fingerlipom*. 8 Fälle, davon 1 aus der Klinik v. Wahl's. Fast so selten, wie an der Fussohle. Lücke leugnet das Vorkommen an letztgenannter Stelle; doch hat Grosch 3 Fälle in der Literatur gefunden. Dieses Lipom liegt *unter der Fascia palmaris* und in den Zwischenknochenräumen, giebt Fluctuationsgefühl und Crepitation wie von Reiskörpern; daher oft mit Carpalhygrom verwechselt worden. *Differentialdiagnose*: Das Hygrom des carpalen Schleimbeutels bezieht sich gewöhnlich auch auf den antibrachialen Theil des letzteren und erhält also durch das Lig. carpi transv. die Zwerchsackform, während das Lipom sich auf die Palma beschränkt. Die Ausbreitung auf die Finger ist mit Berücksichtigung der Communication der Sehnenscheiden mit dem carpalen Schleimbeutel[1]) zu beurtheilen: am 1. und 5. Finger ist eine Täuschung nahegelegt. Das C. hygrom bleibt stets auf die Hohlhand beschränkt, während das Lipom die Intermetacarpalräume erweitern und auf dem Dorsum hervortreten (wie in dem v. Wahl'schen Falle) oder sich durch Druck dort vorwölben lassen kann. Das «Frôlement» der Reiskörperchen ist mit dem Schneeballknirschen, dasjenige des Lipoms mit Seidenknittern zu vergleichen. Das carpale Lipom kann einfach oder vielfach gelappt sein, mehrere Zwischenknochenräume einnehmen, (L. arborescens), besteht aus weichen zarten Körnchen, in der Anordnung ist die Längsrichtung deutlich. Es macht bei grösserem Wachsthum Schmerz und Bewegungsstörungen. Die Entfernung ist per incisionem leicht, da der Tumor nur locker dem umgebenden Gewebe anhängt.

An den Fingern sind die Lipome noch seltener (Arbeit von Ranke aus Volkmann's Klinik. Langenb. Arch. XX). Im Ganzen 3 Fälle, von denen 1 (Volkmann) deutlich fluctuirte und durchscheinend war, ein anderer (Neuber) mit Enchondrom verwechselt wurde.

3. *Ueber die Aetiologie der Lipome*. Nachdem Verf. constatirt, dass wir über dieses Kapitel nicht viel mehr wissen, als dass Lipome zuweilen *angeboren* oder *angeerbt* sind und dass die Cohnheim'sche Theorie der «verirrten Geschwulstkeime» sogar für die angeborenen nichts Beweisendes erbringt (Jacobi), unterwirft er den gegenwärtigen Stand der Lehre einer kritischen Besprechung. — *Praedisponirende Momente*. Virchow bezeichnet das Lipom als eine Geschwulst der mittleren und höheren Altersclassen und meint die Disposition sei seltener angeboren als erworben, und zwar durch die Art der Nahrung und Alcoholgenuss. Hiezu fügt Verf. die ganze Lebensweise, Oeconomie des Stoffwechsels, Berufsart etc. und bezeichnet das Lipom als *streng localisirte Obesitas*. Ferner leiden *Frauen etwa doppelt* so oft an Lipomen *als Männer*. Das *Gewerbe* disponirt in sofern, als habitueller Druck auf eine Körperstelle oft Lipom erzeugen kann. Die gangbare Ansicht, dass Lipome eine Praedilection für Stellen haben, *wo das reiche Fettlager physiologisch praeformirt ist*, wird, als den Thatsachen widersprechend, gründlich zurück gewiesen. — Unter den *directen Ursachen* ist das *Trauma* vielfach sehr in den Vordergrund gestellt worden (Cruveilhier, Lücke, Volkmann und Virchow); Verf. will diesem aetiologischen Moment viel engere Grenzen gezogen wissen, weil die den Verletzungen am meisten ausgesetzten Körpertheile gerade selten von Lipomen befallen werden und weil Weiber häufiger daran leiden als Männer. — Verf. versucht es nun selbständig die Aetiologie der Lipome auf Grund von physiologischen und anatomischen Thatsachen zu beleuchten. Zunächst entwirft er aus 716 Fällen ein klares Bild der *Localisation* der solitären Lipome, indem er nicht die absoluten, sondern die zu dem Flächeninhalt der verschiedenen Körperregionen *relativen* Zahlen als maassgebend für das Frequenzverhältniss annimmt, was durch ein schematisches Bild veranschaulicht wird. Als absteigende Scala in Bezug auf Disposition erweist sich folgende: Hals und Nacken, hintere Fläche das Rumpfes, vordere Fläche desselben, Gesicht, obere, untere Extremitäten (zur Peripherie hin sich vermindernd), Hohlhand, Kopfschwarte, Fussohle. Dieser Modus der Ausbreitung wird auch von der *multiplen* Form eingehalten, wie die beigefügte Abbildung eines in Dorpat beobachteten Falles beweist; ebenso zwei Fälle (Fieber und v. Wahl) von symmetrischer *diffuser* Lipombildung. Das Typische in der Localisation lässt Cohnheim's Theorie für diese Geschwulstform verwerfen. — Weiter weist Verf. nach, «*dass die Dichtigkeit der Geschwulsteruption an den verschiedenen Strecken der Haut in einem umgekehrten Verhältniss steht zur Dichtigkeit des Haarwuchses, i. e. der Zahl der Talgdrüsen, resp. der Schweissdrüsen, d. h. die Disposition zur Geschwulstbildung in einem umgekehrten Verhältniss zum Drüsenreichthum steht*». Der causale Zusammenhang dieses Verhältnisses scheint dem Verf. darin zu liegen, «*dass die Drüsensecretion auf die Anordnung des ganzen Panniculus adiposus von Bedeutung ist*», indem die von demselben Arteriennetz versorgten Hautdrüsen Fett an die Oberfläche abführen. «Diesen physiologischen Voraussetzungen entspricht auch die Vertheilung des Panniculus bei Fettsüchtigen» ergo: «*die Localisation der Lipome entspricht der Anordnung des Fettpolsters bei der Obesitas*», was entschieden auf die *Gleichartigkeit des Wesens* beider Processe hinweist. Eine Reihe von Lipomen wäre somit als Theilerscheinung allgemeiner Polysarcie zu betrachten. Wo dieses nicht zutrifft, wäre an eine *neuropathische Hautaffection* im Sinne von Secretionsschwäche der Drüsen zu denken, worauf die ausgesprochene *Symmetrie in der Anordnung der multiplen Lipome* einerseits, andererseits die Entstehung der solitären L. nach einer die Haut direct treffenden Schädlichkeit hinweist. — Den Schluss der Arbeit bildet eine Casuistik von 34 Fällen multipler Lipombildung, wovon 4 aus der v. Wahl'schen Klinik stammen.

(Wie oben erwähnt, ist die Arbeit als nicht abgeschlossen zu betrachten und unterliegt also keiner strengen Kritik. Die Achillesferse der geistreichen Theorie scheint dem Ref. in dem Hineinziehen der tiefliegenden subfascialen Lipome zu liegen, welche wohl weder mit der Obesitas subcutanea noch mit der Secretionsfähigkeit der Haut etwas zu schaffen haben. Dass diese Form speciell das Interesse des Verf. in Anspruch genommen hat, beweist die Besprechung desselben in 2 selbständigen Capiteln; er hätte eben besser daran gethan, derselben auch in der allgemeinen Statistik ihre Sonderstellung zu wahren und ihre Aetiologie nicht unter den einen grossen Gesichtspunct zu bringen. Wenn man aber diese Form als sui generis ausschliesst, so tritt der Widerspruch zwischen dem auf p. 347 und dem auf p. 365 Gesagten noch greller hervor. Auf ersterer Stelle heisst es: «im Gegentheil, alle diese (i. e. stark mit Fettpolster physiologisch versorgten) Partien sind ein viel seltenerer Sitz des Lipoms», an der zweiten: «die Localisation der Lipome entspricht der Anordnung des Fettpolsters bei der Obesitas». Diese Anordnung bei letzterer ist aber der physiologischen Anordnung entschieden analog). Sel.

[1]) Vergl. die neueste Arbeit von Rostborn. Langenb. Arch B. 24. Ref.

Madelung: Ueber Haemomediastinum nach Stichverletzung der Arteria mammaria interna. (Berl. klin. W. 1887. № 47. pag. 880).

Sommer: Aneurysma der Arteria mammaria interna, an dem Hofrath Dr. C. B. Sommer von ihm selbst und von Dr. v. Zoeckel beobachtet. (Sep.-Abd. aus der Sammlung für Natur- und Arzneiwissenschaft von Burdach. Bd. II. 2. (1815?).

M. berichtet über folgenden Fall: Stichverletzung des Abdomens mit Prolaps von circa ½ Meter unverletzten Dünndarmes. Eine zweite, weit klaffende, 2 Cm. lange Wunde fand sich parallel der dritten rechten Rippe, hart am Rande des Sternums beginnend. Die Rippe lag im Grunde der Wunde frei, war anscheinend unverletzt. Perc. und Ausc. von Lunge und Herz ergab normale Verhältnisse. Gutes Allgemeinbefinden, ruhige Respiration, voller Puls, kein Erbrechen, keine Tympanitis, kein Husten, kein blutiger Auswurf. Die Verletzung hatte 20 Stunden vor der Aufnahme stattgefunden. Weder sofort, noch beim ¾ stündigen Transport auf einem Leiterwagen, war eine stärkere Blutung, namentlich nicht aus der Brustwunde, aufgetreten, so dass kein Grund für die Annahme einer schweren Brustverletzung vorlag. Der Darm wurde reponirt, die Wunden geschlossen. Alles ging 10 Tage lang ganz gut, da traten an 3 auf einander folgenden Abenden beträchtliche Nachblutungen aus der fast geschlossenen Brustwunde ein, welche am 14. Tage zur Eröffnung zwangen. Hierbei zeigten sich der dritte Rippenknorpel nahe dem Sternalansatze und die darunter liegende Art. mamm. int. durchtrennt. Ein gänseeigrosses Aneurysma spurium wurde durch

Resection des III. und IV. Rippenknorpels blosgelegt, das blutende periphere Ende der Mammaria lag jedoch erst unter dem V. Knorpel. Da der Herzbeutel schon Luft aspirirt hatte, wurde letzterer nicht resecirt, sondern die Arterie im V. Intercostalraum in der Continuität unterbunden. Heilung nach Abstossung des necrotisirten Gewebes 6—7 Wochen nach der Unterbindung.

Gestützt auf die Zusammenstellung des Ref. postulirt M. für frühzeitig diagnosticirte Verletzungen die doppelte Unterbindung in loco läsionis mit Knorpelresection. Die Continuitätsligatur hat er zwar an der Leiche üben lassen, schrieb ihr jedoch bis jetzt keinen praktischen Werth zu, glaubt sie aber jetzt bei Ausbildung eines grösseren Aneurysma oder bei unreinen eiternden Wunden als Nothbehelf empfehlen zu müssen; dann aber unbedingt central und peripher von der verletzten Stelle.

Ref. hat zu den von ihm gesammelten 38 Verletzungen der Art. mamm. int. noch folgende Ergänzungen hinzuzufügen:

Pirogow führt in den Grundzügen der allgemeinen Kriegschirurgie (Leipzig 1884 pag. 212 u. 213) 2 Fälle von Hiebverletzung der Mammaria an. Bei beiden wurde die Arterie nicht unterbunden, „der eine der Kranken ward vollkommen hergestellt, der zweite starb in Folge von Pyothorax". Ebendaselbst berichtet P. über eine penetrirende Brustverletzung, bei welcher debattirt wurde, ob die Nachblutung aus der Lungenarterie oder Lungenvene stamme. Die Section erwies, „dass die Lunge von Eiterexsudat längst comprimirt, und ein Ast der Mammaria das einzige verletzte Gefäss war". An einer zweiten Stelle desselben Werkes (pag. 1093) sagt P., widersprechend den soeben angeführten präcisen Angaben, er habe die Verletzung der Mammaria durch eine Hiebwunde nur ein Mal gesehen. In keinem Falle ist die Stelle der Durchtrennung angegeben. — Aus dem russisch-türkischen Kriege habe ich noch eine Beobachtung aus dem Reyher'schen Lazareth nachzutragen. Max Schmidt (Beiträge zur allg. Chirurgie der Schussverletzungen im Kriege. Diss. inaug. Dorpat. 1880. pag. 31) bringt dass Sectionsprotocoll eines am 20. September 1877 verwundeten, am 23. Sept. secirten Soldaten, bei welchem die Mammaria allerdings einen ganz nebensächlichen Befund ausmachte. Sie war im II. linken Intercostalraum durchtrennt. Weitergehend hatte die Kugel die Lunge, das rechte Herzohr und das Diaphragma durchsetzt, den rechten Leberlappen auf Handgrösse zertrümmert, war von der Spitze der XII. Rippe abgeprallt, hatte das Coecum an zwei Stellen durchlöchert und war durch den Inguinalcanal in den rechten Oberschenkel gedrungen, wo sie nicht weiter aufgesucht wurde. Hämopneumothorax, Hämopericard, kein Koth in der Bauchhöhle. — Ob eine von Pirogow (Военно-врачебное дѣло и частная помощь на театрѣ войны въ Болгаріи въ 1877—78 г. С.-Петерб. 1879. Ч. II. pag. 371) angeführte Nachblutung mit dem Kolomnin'schen Falle identisch ist, lässt sich nicht entscheiden. — Ferner findet sich bei Hueter (Grundriss der Chirurgie. 2. Hälfte d. spec. Theiles 1882 pag. 396) die Notiz, dass er die Unterbindung der Mammaria int. mit Resection des Rippenknorpels einmal erfolgreich bei Stichverletzung ausgeführt habe. — Die Unterbindung von Tiling ist in dieser Wochenschrift publicirt (1884 № 44). Im Jahre 1886 oder 87 soll ausserdem von W. Koch eine Mammaria bei frischer Verwundung unterbunden worden sein, doch stehen nähere Nachrichten über diesen Fall noch aus.

S. erzählt seine eigene Krankengeschichte. Von 1794 bis 1812 litt er hin und wieder an Herzbeschwerden. Als im Mai dieses Jahres ohne Diätfehler ein Kolikanfall eintrat, untersuchte S. wegen eines ganz besonders unangenehmen Gefühles auf der rechten Seite der Brust neben dem Brustbein diese ganze Seite Rippe für Rippe und entdeckte dabei „ein sehr starkes Pulsiren zwischen der zweiten und dritten Rippe neben dem Brustbein von der Breite eines Zolles. Der Lage nach hielt ich es für ein angehendes Aneurysma der Arteria mamm. int.". Bei einer Consultation wurde diese Diagnose von allen seinen Collegen in Riga bestätigt. Bis zum Januar 1815 ging S. seiner vielverzweigten Praxis rüstig nach. Am 20. Januar spürte er heftige Stiche in der Brust, nahm aber am 22. Januar wieder seine Krankenbesuche auf. Am 26. Januar wurde er in seiner Wohnung todt gefunden. Die Section bestätigte die von S. gestellte Diagnose. Das Aneurysma war geplatzt, und der Blutstrom hatte die ganze rechte Pleura costalis von den Intercostalmuskeln abgelöst bis zur Wirbelsäule hin. Ausserdem fand sich exquisite Sclerose am Aortenostium, Erweiterung der Aorta und Sclerose derselben bis zur Theilung in die Iliacae communis. Voss (Riga).

E. van Millingen (Constantinopel): Ueber eine eigenthümliche Form von Keratitis bei Intermittens. (Centralblatt für prakt. Augenheilk. Januar 1886).

In 6 Fällen hat M. bei Malaria eine Hornhauterkrankung beobachtet, die ihm für Intermittens charakteristisch zu sein scheint. Zunächst treten oberflächliche Erosionen am temporalen Hornhautrande auf, deren Grund sich trübt und uneben wird. Der Rand des Defectes ist grau und fetzig, und schreitet die Erosion oft bis an die Pupillarmitte vor. Nachdem der Zerfall des Epithels vollendet ist, treten (im 2. Stadium) im Bezirk des Epithelverlustes tiefe Infiltrationen auf, und es bildeten sich so tiefe Geschwüre, die jedoch selten perforiren sollen. In die klar gebliebene Hornhautpartie greifen streifige Trübungen über. Iris und Uvealtractus bleiben frei. Die Symptome sind: localer Schmerz, Gefühl von Fremdkörper im Auge, Epiphora, Lichtscheu. Die pericorneale Röthe steht in keinem Verhältnisse zur Hornhauterkrankung, ja ist zuweilen kaum angedeutet. M. sagt «man müsse diese Form zu den asthenischen, torpiden Formen mit verhältnissmässig wenig Reizerscheinungen zählen. Ein constantes Symptom ist *bedeutende Anästhesie der Cornea*. Die Heilung erfolgt langsam und meist ist Leucoma die Folge. M. sagt selbst in vorsichtiger Weise: die Differenzirung im ätiologischen Moment, sowie einige Eigenthümlichkeiten im Bilde der beobachteten Fälle, scheinen dafür zu sprechen, dass es sich doch *möglicher Weise* um eine besondere Form von Keratitis handelt.

Destructive Hornhautprocesse atonischer Art sind bei consumirenden mit Fieber verlaufenden Krankheiten ja nicht selten. Die Lectüre der M.'schen Mittheilung hat uns lebhaft an schwere Keratitiden erinnert, wie wir sie bei und nach Typhus, Pneumonie, Puerperium, Marasmus etc. gesehen haben. Der Hinweis auf die Malaria im speciellen hat jedenfalls hohes klinisches Interesse und werden einschlägige weitere Beobachtungen die Frage wohl bald klar legen. G—n.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Handbuch der Hygiene und der Gewerbekrankheiten, herausgegeben von Prof. M. v. Pettenkofer und Prof. v. Ziemssen. I. Theil, 2. Abth. 3. Heft. *Der Boden*, von Prof. J. Soyka. Mit 37 Abbildungen. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1887. 351 Seiten.

In unserer Zeit, wo sich eine intensive Neigung geltend macht möglichst viele Krankheiten auf einen bacteriellen Ursprung zurückzuführen, ist es von besonderem Interesse wieder ein Mal zur Frage zurückzukehren, in welcher Weise denn die Luft und der Boden sich in dieser Frage verwerthen lassen. Nachdem nun im bekannten Handbuch der Hygiene, welches einen Theil des grossen Ziemssen'schen Sammelwerkes ausmacht, Dr. F. Renk die „Luft" besprochen, folgt Soyka mit der Abhandlung über den „Boden". Er selbst bezeichnet seine Arbeit als einen Versuch eine systematische Darstellung des Bodens nach hygienischen Gesichtspuncten zu geben. Wenn man auch nicht in allen Stücken mit seiner Anschauung bezüglich der sogen. Pettenkofer'schen Theorie übereinstimmen kann, so muss man doch zugeben, dass er es verstanden in geistvoller und interessanter Weise seine Ideen zu entwickeln und die Bacterien-Theorie zu verwerthen. Die Collegen werden in diesem Buch viel Neues und Wissenswerthes finden und können wir die Lectüre desselben nur bestens empfehlen, wenngleich es nicht immer leicht ist den mathematischen Deductionen z. B. bezüglich der Permeabilität des trockenen Bodens für Luft oder der Luftbewegung im Boden etc. zu folgen oder gar sie kritisch zu beurtheilen. P.

Ad. Pahnsch: Grundzüge der Anatomie des Menschen. Uebersetzung der 2. Ausgabe mit Zusätzen von Prof. Tarenezki. Mit 403 theilweise farbigen Abbildungen im Texte und 56 Zeichnungen auf 10 Tafeln. I. Lief. Knochen und Ligamente. St. Petersburg. K. Ricker. 1887. Russisch.

Sehr gute Uebersetzung des bekannten Pahnsch'schen Handbuchs. Auszusetzen wären die wenig plastisch vortretenden Zeichnungen, was namentlich bei den, den Schädel betreffenden Abbildungen auffällt. Druck und Ausstattung vorzüglich Hz.

F. V. Birch-Hirschfeld (Leipzig). Lehrbuch der pathologischen Anatomie. III. völlig umgearbeitete Auflage. II. Band, II. Hälfte. Mit 101 Abbildungen im Text. Leipzig F. C. W. Vogel 1887.

Mit der vorliegenden Lieferung ist nunmehr die III. Auflage dieses vorzüglichen Handbuches vollständig erschienen und somit benutzen wir die Gelegenheit diejenigen Collegen, denen das Birch-Hirschfeld'sche Buch noch nicht als stetiges Nachschlagebuch ein Postulat des Schreibtisches geworden, nochmals darauf aufmerksam zu machen. Es ist unstreitig das Beste und Reichhaltigste, was wir an pathologischer Anatomie besitzen und der Verf. hat unermüdlich auch bei der neuen Auflage den neuesten Forschungen auf seinem Specialgebiet Rechnung getragen. Die zahlreichen zum Theil in Farbendruck ausgeführten Abbildungen tragen viel zur Anschaulichkeit bei. Bei einem so bewährten Freunde auf dem Büchertische lässt sich kaum noch eine Schattenseite finden, um aber doch zu zeigen, dass wir nicht nur loben wollen, sei erwähnt, dass es uns in verschiedenen Capiteln aufgefallen, dass Verf. eine Reihe tüchtiger Arbeiten, die in der Pbg. med. Wochenschrift erschienen, unberücksichtigt gelassen. Wir sind überzeugt, dass diese Lücken in der gewiss bald erscheinenden 4. Auflage leicht ausgefüllt werden, sobald wir den Verf. darauf aufmerksam gemacht haben. P.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 22. December 1887.

1. Dr. Lunin hält einen längeren, zum Druck bestimmten Vortrag «über einige Hindernisse, welche beim Entfernen der Tracheotomie-Canülen auftreten».

2. Dr. Th. Schröder verliest einen Vortrag «über eine neue Methode der chirurgischen Behandlung des folliculären Trachoms». (Gedruckt in № 1 der St. Petersb. med. W.).

3. Dr. v. Grünewaldt demonstrirt «2 Präparate vaginal exstirpirter carcinomatöser Uteri», welche deutlich zeigen, bei wie wenig vorgeschrittener Neubildung operirt worden, so dass man bequem nur im gesunden Gewebe schneiden konnte.

Fall I. Der Uterus ist 11 Ctm. lang, die Wandungen bis 4 Ctm. dick, in denselben zahlreiche Fibrome. Das an der Portio sitzende Carcinom wenig ausgebreitet.

Der *II. Fall* bietet dadurch besonderes Interesse, dass er sich lange Zeit unter des Ref. Beobachtung befunden. Es handelte sich um eine 34-jährige Wittwe, die 1875 zuletzt geboren. 1883 wandte sie sich an den Ref., welcher einen ziemlich grossen, weichen Uterus fand, aus welchem sich blutiges Secret entleerte. 1884 im Mai constatirte G. Carcinom der Vaginalportion und machte eine hohe Trichter-Excision, die per primam verheilte. Im December desselben Jahres kam Pat. wieder zu G. Er fand einen hoch eingezogenen Trichter und an dessen unterem Ende eine verdächtige Stelle, die er mit Chlorzink und Paquelin ätzte, worauf sie verheilte. 1885—86 blieb Pat. gesund. Im Sept 1886 stellte sie sich dem Ref. wieder vor und fand er eine *neugebildete kleine Vaginalportion*, an welcher einige kleine punctförmige Excoriationen, die leicht bluteten und die mit Salpetersäure geätzt wurden. Darauf kam Pat. erst im December 1887 wieder und nun fand man ein deutliches Carcinomrecidiv an der neuen Vaginalportion, auf der linken Seite der vorderen Lippe. G. macht darauf aufmerksam, dass das Recidiv nicht central, sondern seitlich aufgetreten. Vom 1.—16. December hatte die erst bohnengrosse Geschwulst um das 3fache zugenommen und daher entschloss G. sich schnell zur Exstirpation des Uterus.

4. Prof. Poehl demonstrirt einen von ihm construirten Apparat (in Cigarrenspitzenform) zum Inhaliren ätherischer Oele. Derselbe stellt ein Mundstück dar, bestehend aus einer Glasröhre in deren breiteres Ende ein Draht eingeschoben wird, welcher mit Borsten besetzt ist (Bürsten, welche zum Reinigen von Pfeifenröhren angewandt werden). Die Borsten werden mit dem betreffenden Oel, resp. dessen alcoholischer Lösung benetzt und in das Mundstück eingeschoben. Beim Inhaliren durch das Rohr wird die Luft mit den Dämpfen des ätherischen Oeles bereichert. Beim Gebrauch des Inhalators wird die Inspiration fast gar nicht erschwert und bieten die Borsten eine grosse Verdunstungsfläche dem Oel. Die Mittheilungen über die in der Literatur vorhandenen Angaben und eigene Beobachtungen von Prof. Poehl über antiseptische Eigenschaften der Dämpfe ätherischer Oele sind zum Druck bestimmt. Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Neuerdings hat auch die physiko-medicinische Gesellschaft in Orenburg Dr. Dreypölcher ihre Theilnahme bekundet.

— Die kaukasische Abtheilung der russischen technischen Gesellschaft hat eine besondere Commission ernannt, bestehend aus den Mitgliedern Bulgakow, Weissenhof und Coldewin, welcher sie die Ausarbeitung eines Projectes für die Errichtung einer balneologischen und Sanitäts-Station in Tiflis übertragen hat. Ausserdem hat sie sich an die kaukasische medicinische Gesellschaft mit der Bitte gewandt, an den Arbeiten dieser Commission sich zu betheiligen. Für die Ausgaben der Commission hat die technische Gesellschaft 500 Rbl. angewiesen. (Kawkas. — Wr.)

— In ärztlichen Kreisen wird die Errichtung eines *Denkmals für den grossen Arzt und Chirurgen* Pirogow geplant. Zur Beschaffung der Mittel soll eine Sammlung im ganzen russischen Reich veranstaltet werden. Das Denkmal wird voraussichtlich in St. Petersburg oder Moskau aufgestellt werden.

— An dem in der vorigen Nummer dieser Wochenschrift erwähnten Congress der Bezirks-Oculisten nehmen als Delegirte Theil: von Seiten des Ministeriums des Innern der Vicedirector des Medicinaldepartements Dr. Jerusalimski und von Seiten des Marineministeriums der Oculist des St. Petersburger Hafens Dr. V. Müller.

— Die „Gesellschaft Odessaer Aerzte" soll beschlossen haben, Vertreter der Presse zu ihren Sitzungen nicht mehr zuzulassen. (Nowosti).

— Die *Versammlungen des hiesigen ärztlichen Clubs* werden während der Fastenzeit im Pawlow'schen Saale (Troizki-Pereulok, № 15), und zwar am 26. März, 2. und 9. April, stattfinden. Der gemeinschaftliche Imbiss ist abgeschafft; ein Buffet ist aber vorhanden.

Der Eintrittspreis für Damen, welche von Mitgliedern eingeführt werden, ist auf 1 Rbl. herabgesetzt. Eintrittskarten für Herren- und Damengäste sind bei Dr. W. J. Afanassjew zu haben.

Am 12. März hat die Versammlung des ärztlichen Clubs beschlossen, einen *ständigen Club hieselbst zu eröffnen* und zu diesem Behuf eine Commission, bestehend aus den DDr. W. J. Afanassjew, L. G. Batalin, J. A. Majew, J. J. Ssmolki und J. J. Tarnowski, gewählt, welcher die Ausarbeitung der Statuten, die Beschaffung des Locals für den Club und die Aufnahme von Gründern des Clubs übertragen ist. Als Gründer des Clubs wird jeder Arzt angesehen, welcher einen einmaligen Beitrag von mindestens 100 Rbl. leistet.

Wie die „Russkaja Med." erfährt, sind bereits über 6 Tausend Rbl. für den ständigen ärztlichen Club gezeichnet worden, so dass das Zustandekommen desselben ausser Frage gestellt ist.

— In London soll an Stelle des eingegangenen Aerzteclubs, welcher einige Jahre seine Existenz kaum fristete, demnächst ein neuer eröffnet werden, der den Namen „*Galen-Club*" tragen wird. Zutritt zu demselben sollen, ausser Aerzten und Medicinstudirenden, auch Personen anderer Stände haben, welche sich für die Angelegenheiten des ärztlichen Standes interessiren.

— *Verstorben:* 1) Am 8./20. März in Berlin Dr. Nikolai Ritter nach langer Krankheit. Der Hingeschiedene war in St. Petersburg geboren, besuchte das Dorpater Gymnasium von 1847 bis 1851, bezog dann die Dorpater Universität, wo er von 1852—57 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1859 wurde R. Arzt an der Entbindungsanstalt der Grossfürstin *Helene Pawlowna* in St. Petersburg, gab aber bald diese Stellung auf und lebte, da er Vermögen besass, als Privatmann hierselbst. 2) Am 9. März in St. Petersburg der frühere Arzt am II. Cadettencorps S. Dobroljubow. 3) In Stawropol der noch junge Arzt P. Walch am Flecktyphus, mit dem er sich im Hospital bei der Behandlung von Typhuskranken inficirt hatte. 4) Am 29. Februar in Kostroma der Stabsarzt Al. Brysgalow in hohem Alter an einem Herz- und Nierenleiden. Der Verstorbene war noch einer von den wenigen am Leben gebliebenen Zöglingen der früheren Moskauer Abtheilung der medico-chirurgischen Academie, an welcher er i. J. 1838 den Arztgrad erhalten hatte. Er war eine lange Reihe von Jahren in den verschiedensten ärztl. Stellungen, als Kreisarzt, Hospitalarzt, Fabrikarzt, Landarzt, thätig und gab erst vor einem halben Jahre wegen Krankheit seine ärztliche Praxis auf. 5) Der Landarzt des Kreises Werchneuralsk W. Tschauschanski. 6) In Franzensbad am 21. März n. St. der dortige langjährige Badearzt Sanitätsrath Dr. Emil Hamburger im besten Mannesalter.

— Dem Privatdocenten der Berliner medicinischen Facultät, Dr. Hermann Krause, welcher als Laryngolog bei der Behandlung des jetzigen deutschen Kaisers hinzugezogen wurde, ist der Titel «Professor» verliehen worden. Der Kaiser hat demselben eigenhändig das Patent überreicht.

— Der Professor der Augenheilkunde an der Universität München, Prof. Dr. Aug. v. Rothmund beging am 20. März n. St. sein *25-jähriges Docenten-Jubiläum.* Aus den mannigfachen Ovationen, welche dem Jubilar dargebracht wurden, heben wir hervor, dass Prinz Dr. Ludwig Ferdinand von Bayern seinem verehrten Lehrer sein Lehrbuch der „Anatomie der Zunge" widmete.

— In *Riga* hat sich neuerdings eine *Gesellschaft russischer Aerzte* gebildet, welche am 4. März ihre erste Sitzung abhielt. Die Zahl der Gründer beträgt 14. Nach der officiellen Ueberreichung der Statuten fand die Wahl des Vorstandes der neuen Gesellschaft statt. Zum Präsidenten wurde der Oberarzt des Rigaschen Militärhospitals Dr. M. J. Memorski, zum Vicepräsidenten der Regimentsarzt J. W. Ssawizki und zum Secretär der Ordinator des Militärhospitals E. A. Schepilewski gewählt. Der Livländische Gouverneur, General Sinowjew, und der Curator des Dorpater Lehrbezirks Kapustin, welche dieser Sitzung beiwohnten, wurden auf Vorschlag des Präsidenten per acclamationem zu Ehrenmitgliedern gewählt.

In seiner Eröffnungsrede gedachte der Präsident u. A. der erfolgreichen Thätigkeit der schon lange bestehenden deutschen ärztlichen Vereine in Riga und im Ostseegebiet und forderte die neue Gesellschaft russischer Aerzte auf, mit den deutschen Schwestervereinen ein moralisches und geistiges Bündniss zu schliessen.

— In Odessa ist ein neuer ärztlicher Verein im Entstehen begriffen, welcher den Namen «*Gesellschaft Odessaer Hospitalärzte*» führen wird. Wirkliche Mitglieder dieser Gesellschaft können nur Aerzte, Apothekenverwalter und Vertreter der Naturwissenschaften werden, welche an den Hospitälern und Sanitätsanstalten der Odessaer Communalverwaltung angestellt sind. Die Gesellschaft beabsichtigt künftig auch ein eigenes periodisch erscheinendes Organ herauszugeben, in welchem die Sitzungsberichte, Originalarbeiten der Mitglieder, Referate über beachtenswerthe med. Arbeiten u. s. w. veröffentlicht werden sollen.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 13. März d. J. 6731 (299 mehr als in der Vorwoche), darunter 582 Typhus- (9 mehr), 803 Syphilis- (78 mehr), 68 Scharlach- (11 mehr), 25 Diphtherie- (3 mehr) und 10 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

— Prof. Verneuil (Paris) eröffnete den vom 12.—19. März n. St. in Paris abgehaltenen *III. französischen Chirurgencongress* mit einer Rede, in welcher er den von Prof. Billroth (Wien) gemachten Angriff auf die französische Chirurgie, dass *dieselbe den immensen Fortschritten der deutschen und englischen Chirurgie nur mit hinkendem Schritte nachfolge*, zurückzuweisen versucht. Verneuil wirft Billroth vor, dass er die Errungenschaften und den Fortschritt der französischen Schule gar nicht kenne, wie dies aus der 10. Auflage seiner „Allgemeinen chirurgischen Pathologie" erhelle, die ebensowenig, wie die erste, irgendwo von den französischen Arbeiten Notiz nehme. Da er nicht annehmen könne, dass Billroth die französischen Werke mit Absicht todtschweigt, so ziehe er den Schluss, dass B. sie nicht kennen gelernt habe.

Die französische Chirurgie sei stets besorgt um die *Erhaltung der Organe* und sei gewiss jener Methode vorzuziehen, welche nur dann in Begeisterung geräth, wenn es sich um *kühne* Versuche handelt, — jener Chirurgie, welche die operative Medicin allen anderen therapeutischen Behelfen voranstellt. Er, V., wolle gewiss nicht das Bistouri aus der Hand legen, er wolle aber chirurgisch nur dann

eingreifen, wenn er sich hiervon einen praktischen Erfolg verspreche und nur in solchen Fällen operativ interveniren, wenn er die Chancen des Falles sorgsam erwogen habe. In *Frankreich* sei eben die *chirurgische Therapie* viel *conservativer*, als in anderen Ländern und gehe das Bestreben dahin, Nutzen zu ziehen von der Anwendung der Medicamente, der hygienischen Hilfsmittel, der sanfteren chirurgischen Maassnahmen und der unblutigen Operationen, sowie die Gesammtheit der Behandlung auf die Aetiologie, Pathogenie, die Natur, Form und Abstufung des zu behandelnden Uebels zu basiren. Ferner strebe man dahin, Nutzen zu ziehen aus der Lehre der Physiologie und allgemeinen Pathologie und die zwischen der Lehre der internen und externen Pathologie errichteten Scheidewände zu beseitigen u. s. w. — In allen Gebieten finde man immer die Tendenz, die blutigen Eingriffe möglichst zu vermeiden und die Acta minoris periculi zu wählen. Von diesem Standpuncte in der Chirurgie erhoffe er ein grösseres Heil für die leidende Menschheit.

— **Bettelheim**: Eine Modification der Bandwurmcur. (Centralbl. f. klin. Med. 1887. № 46). B. meint durch Gebrauch *keratinisirter* Pillen von Extr. Filic. maris aether. und Extr. Punic. Granat. ãã 10,0 Pulv. Jalappae 3,0 auf 70 Pillen neben sicherer Wirkung fast vollständigen Mangel lästiger Nebenerscheinungen bewirkt zu haben, er hat nur 1 Mal Erbrechen, zuweilen Abgang unverdauter Pillen gesehen. Die Cur dauert, abgesehen von dem ihr vorangehenden Fasttage, an welchem auch Abführmittel zu nehmen sind, 7—9 Stunden; ist ein Laxans während der Cur erforderlich, so werden 10,0—20,0 Aqu. laxativa Viennensis verordnet. (Therap. Monatshefte № 2). Hz.

— **Dupré** (Progrès méd. 1887. № 51) schlägt folgende, den üblen Geschmack des Leberthrans verdeckende Mischung vor: Rp. Ol. Iecoris Aselli 250,0, Sacchari albi pulver. 20,0, Natrii chlorati pulv. 10,0, Rum 60,0. MDS. zu schütteln. Hz.

— In der Académie de médecine zu Paris theilte am 27. December 1887 Dr. **Leyroux** seine Erfahrungen über die Anwendung von *Antipyrin gegen Chorea* mit. Er hat damit Heilungen in überraschend kurzer Zeit gesehen (8, 9, 18, 20 Tage) und hält das Antipyrin für das am schnellsten und am sichersten wirkende Mittel bei Chorea. Die verbrauchten Dosen betrugen 27,0, 30,0, 55,0. Dargereicht wird es zu 1,0 pro dosi in 20,0 Syrup. Aurantior. rein oder mit Wasser, und müssen 3,0 pro die verbraucht werden.

— Vor einigen Monaten berichtete Dr. **Luys** der Pariser Académie de médecine aus dem Charité-Hospital über *Fälle von Heilung durch Suggestion*, in welchen Kranke, wenn man ihnen unter gewissen Umständen Heilmittel in luftdicht verschlossenen Röhren auf gewisse Körperstellen legte, dieselben Wirkungen verspürten, als wenn sie die betreffenden Heilmittel eingenommen hätten, also z. B. Schlaf durch Opium oder Morphium, Erbrechen durch Nux vomica. Die Academie beauftragte eine Commission mit der Nachprüfung dieser **Luys**'schen angeblichen Erfahrungen. Wie vorauszusehen war, handelte es sich um eine fehlerhafte Beobachtung. Aus dem Bericht, den **Dujardin-Beaumetz** im Namen der Commission der Academie abstattete, geht hervor, dass Dr. **Luys** ein Opfer des fortgesetzten Betrugs seiner hysterischen Kranken gewesen ist, welche einfach die ihnen bekannte Wirkung der Heilmittel erheuchelten. Die Commission hatte den Kranken den Inhalt der Glasröhrchen, die nur mit Nummern bezeichnet waren, verborgen und liess ein Röhrchen ganz leer. Da ergab sich nun, dass sowohl letzteres, wie alle die Arzneimittel enthaltenden Röhrchen die aller verschiedensten Wirkungen hervorbrachten, je nach der Anlage und den Einfällen der Kranken. (A. m. C.-Ztg.).

— Dr. **Levy** empfiehlt in der „Chem. Ztg." folgende Methode, um aus der Milch ein ähnlich wohlschmeckendes Getränk zu bereiten, wie es bekanntlich mit Anwendung der Kefirpilze möglich ist: Frisch gesäuerte Milch wird stark geschüttelt, alsdann mit 2% Zuckersyrup versetzt und das Ganze in eine Seltersflasche gethan, welche mit einem recht gut schliessenden Kork versehen und an einem warmen Orte aufgestellt wird. Oeffnet man nach 3—4 Tagen die Flasche, so findet man in derselben ein stark schäumendes und mit einem eigenthümlichen Bouquet ausgestattetes Getränk. Der auf solche Art bereitete *Pseudo-Kefir* enthält nach **Levy** 2 Vol. pCt. Alkohol. Will man das Getränk noch früher gebrauchsfähig machen, so hat man nur nöthig, dem Syrup einige Tropfen Citronensäure zuzusetzen.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 6. bis 12. März 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
384	283	667	143	57	109	20	10	22	78	50	58	43	41	28	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 15, Scharlach 9, Diphtherie 12, Croup 6, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 43, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 2, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie u. Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 8, Alcoholismus und Delirium tremens 14, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 94, Todtgeborene 24.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

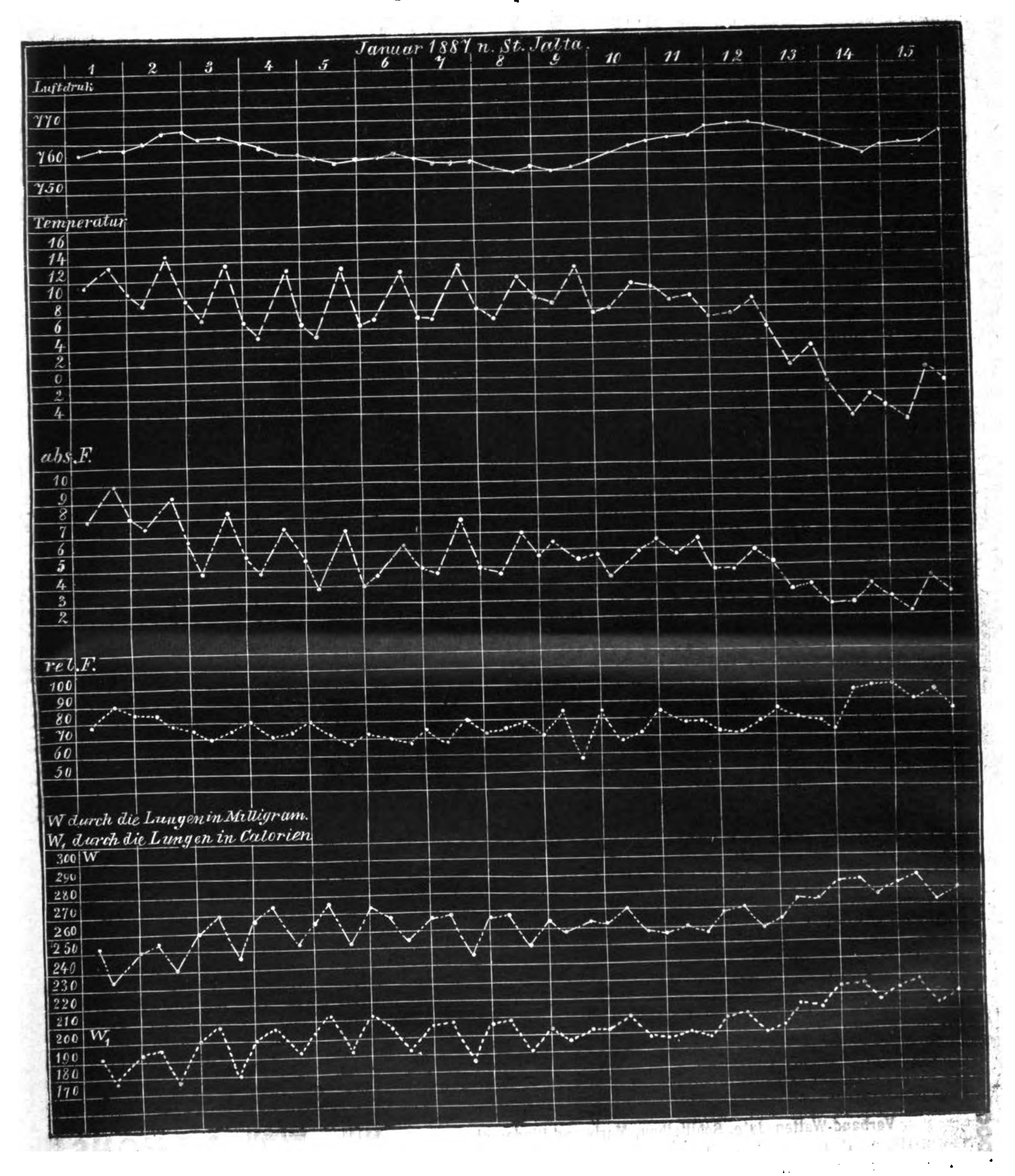
Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 912	4.—10. März	2583	31,3	—	1886	23,0
Paris . . .	2 260 945	4.—10. März	1336	30,7	89	1253	29,1
Brüssel . .	181 270	26. Febr.-3. März	113	32,4	8	104	29,8
Stockholm .	216 807	26. Febr.-3. März	157	37,6	8	104	24,9
Kopenhagen	300 000	7.—13. März	201	34,8	7	145	25,1
Berlin . . .	1 414 980	4.—10. März	895	32,8	35	523	19,2
Wien . . .	800 836	4.—10. März	530	34,4	23	471	30,6
Pest . . .	442 787	26. Febr.-3. März	319	37,4	19	278	32,6
Warschau .	439 174	26. Febr.-3. März	226	26,5	17	202	23,9
Odessa . .	268 000	4.—10. März	—	—	7	112	21,7
St. Petersburg	861 303	11.—17. März	802	48,4	32	626	37,8

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. März 1888.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. April.



Curventafel zu pag. 111.



Дозв. ценз. Спб. 24 Марта 1888 г. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 14. **St. Petersburg, 2. (14.) April** **1888.**

Zur Actinomycose. Zweigbacterien im Harn.

Von

Dr. med. Egbert Braatz.

Madde Runne, eine lettische Bauersfrau von ca. 47 Jahren, aus Niederbartau, kam um Mitte December 1887 in meine Behandlung. Sie ist schlecht genährt und schwachsinnig und nicht im Stande genauere Angaben über die Entstehung ihrer Krankheit zu machen. Nach dem Wenigen, was man von ihrem Manne erfahren kann, erkrankte sie Ende April 1887, indem sie an Händen und Füssen gelähmt wurde; sie lag 4 Wochen zu Bett. Darauf wurde sie in hohem Grade tobsüchtig, besserte sich aber wieder. Im August desselben Jahres wurde sie abermals bettlägerig krank. Jetzt lag sie 6 Wochen auf ihrem dürftigen Strohlager und litt stark an Durchfällen. Bald bildete sich am unteren Theil des Rückens eine geröthete und oberflächlich wunde Stelle. Unter dieser entstand eine grosse, derbe Geschwulst, welche aufbrach und Eiter entleerte. Die auf diese Weise hervorgerufene, tiefe Wunde zeigt nun seit etwa 2 Monaten keine Neigung zur Besserung. Zuweilen bestehen jetzt Durchfälle von mässiger Stärke.

Bei der näheren Untersuchung erweisen sich Mundhöhle, Tonsillen, Hals und Lungen als vollständig normal und ohne Spuren früherer Krankheit. Der Leib ist unterhalb des Nabels im Ganzen leicht kuglich aufgetrieben, auf Druck nicht empfindlich, weich, sein Percussionsschall laut tympanitisch. Dagegen findet man in der unteren Kreuzbeingegend, dicht über der Analfalte ein rundes, tiefes Loch von unregelmässiger Beschaffenheit der Wandungen (Fig. *A*). Sein Durchmesser beträgt 7 Ctm. Die Ränder sind stellenweise mehr oder weniger unterminirt. Der Grund der Höhle ist in der Mitte der Länge nach durch eine vorspringende Leiste in zwei, 3—4 Ctm. tiefe Hälften getheilt. Sie erinnert in ihrer Form an Löcher, wie sie manchmal von Mäusen in Brot ausgenagt werden. Die Wände sind theils mit scheinbar bröckligen, theils glasigen Granulationen überzogen. Dünnflüssiger Eiter fliesst über die Wundränder längs der Analfalte abwärts. Die Umgebung der Wundhöhle ist bretthart, am weitesten reicht diese Infiltration nach rechts und

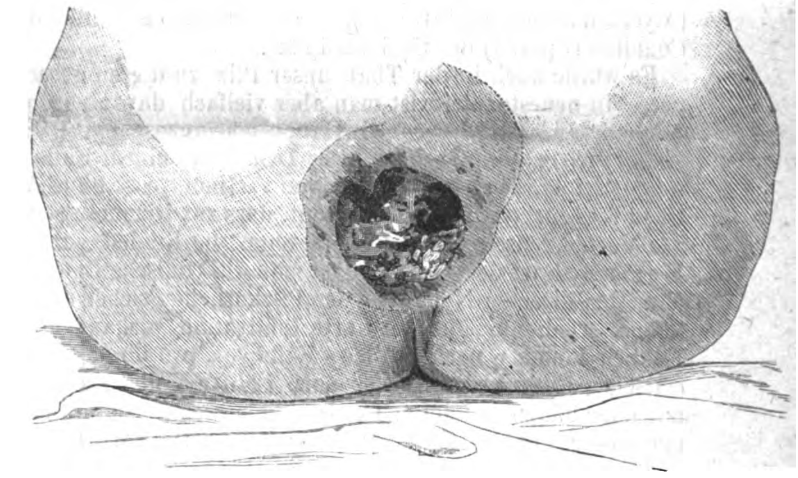


Fig. *A*. Actinomycotische Geschwürshöhle in der Kreuzbeingegend. Die Linien bedeuten die Grenzen der brettharten Induration.

oben (c. 7 Ctm.), wo auch die Unterminirung am stärksten ist. In dem Eiter sieht man nicht seltene, kleine gelbe Körnchen von der Grösse eines Stecknadelquerschnittes. Die einfache Untersuchung dieser Körnchen unter dem Mikroskop ergiebt kein Resultat. Es werden nun kleine Eitertröpfchen mit jenen Körnchen auf ein Deckglas gestrichen, dieses nach dem Trocknen 3 Mal durch die Flamme gezogen und nach Gram mit Methylviolett gefärbt: Man sieht eine Menge Kokken, viele Bacillen, die nichts Besonderes haben, einige wenige kurze Fäden, weiter nichts Bemerkenswerthes. Darauf wird ein ebenfalls nach Gram gefärbtes Präparat nur einen Moment mit Bismarkbraun nachgefärbt und gleich mit Wasser nachgespült. Jetzt bietet sich dem Auge ein viel klareres, einheitlicheres Bild dar, indem offenbar eine Menge verschiedenartiger Bacterien durch die Nachfärbung verdeckt und am schönsten eine anscheinend zusammengehörige Bacterienart gefärbt geblieben ist. Letztere (Fig. *B*) bestehen vorwiegend aus Bacillen, welche meist dicker und etwa ebenso lang wie Tuberkelbacillen sind. Eine ganze Anzahl von ihnen gleicht diesen ganz ungemein. Viele von ihnen sind gekrümmt. Auffal-

lend oft sieht man 2, 3, sogar 4 parallel nebeneinander liegen, auch an Stellen im Präparat, wo sie spärlich sind. Auf diesen ausgesprochenen Parallelismus der Bacillen komme ich später zurück. Hin und wieder sieht man im Präparat einen Fettkrystall, hier und da eine Gruppe von Mikrokokkus tetragenus.

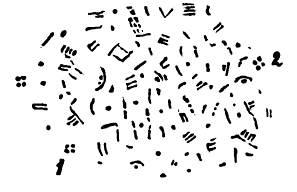


Fig. *B.* Actinomycesbacillen, -kokken und -spirillen aus dem Eiter. 1/12 Oelimmers. (700) Seibert. (1, 2 Mikrokokkus tetragenus).

Eine besondere Erwähnung beansprucht noch der Urin der Kranken. Er ist, ob frisch gelassen oder mit dem Catheter entleert, immer erheblich trübe. Die Trübung nimmt auf starken Zusatz von Essigsäure zu. Er lässt sich klar filtriren, das Filtrat enthält kein Eiweiss, ebenso ist es frei von Zucker und Pepton. Das Sediment enthält Epithelzellen und weisse Blutzellen [1]), der mit dem Catheter entnommene aber im Gegensatz zu dem spontan entleerten beide Bestandtheile nur in recht geringer Menge. Ueber den bacterioskopischen Befund später.

Seit der Entdeckung der Actinomycose vor 10 Jahren durch Bollinger und Israel verlangte man bis in die neueste Zeit zur sicheren Diagnose, dass die Actinomycesdrusen nachgewiesen waren. Die Actinomycesdrusen stellen bekanntlich bei starker Vergrösserung eine sternähnliche Figur dar, an welcher die radiär angeordneten Fäden im Centrum vielfach durcheinandergeflochten sind und in der Peripherie in birnförmige, kolbige Anschwellungen endigen. Dieses Bild erinnert allerdings sehr an die Organisation der Schimmelpilze. Die Mitte der Actinomycesdruse mit ihren verflochtenen Fäden entsprach dann den Fäden des Thallus (Mycelium und Fruchtträger), die endständigen Keulen den Conidien (Sporen) der Schimmelpilze.

Es wurde auch in der That unser Pilz zu diesen gerechnet. In neuester Zeit ist man aber vielfach davon zurückgekommen jene Kolben für die Hauptsache anzusehen. Ponfick [2]) hatte beim Suchen jener Drusen in einem Falle so wenig Erfolg, dass er geradezu von Actinomycose ohne Actinomyces sprach. Rotter betont, dass zur Diagnose schon das Vorhandensein von «Rasen» ohne die Keulen genüge. Esmarch ist der Ansicht, dass man die klinische Diagnose ohne den directen Nachweis der Pilzkörnchen sicher stellen könne, wenn nur die brettharte Infiltration vorhanden sei. Endlich kommen nach Babes Fälle vor, wo im actinomycotischen Eiter weder Körner noch isolirte Kolben, sondern nur feine Fäden und deren Theilstücke anwesend sind, welche ein wenig geübter Untersucher «mit Tuberkelbacillen oder mit Spirillen» verwechseln könnte: «Dickere und dünnere, den Bacillus tuberculosis an Dicke etwas übertreffende, stark gekörnte, gekrümmte Stäbchen und Fäden».

Schon Israel sprach die Vermuthung aus, dass der Actinomycespilz überhaupt kein Schimmelpilz, sondern ein Spaltpilz, eine Bacterie, sei, weil manche Umstände gegen die erstere Annahme sprachen. Aber erst Boström gelang es (1885) durch ein besonderes Culturverfahren den Beweis zu liefern, dass jene Keulen der Actinomycesdruse nur Degenerationserscheinungen sind und sich nie weiter entwickeln. Dagegen wächst das centrale Fadenwerk schnell und üppig. Die Culturen zeigen in den ersten zwei Tagen *Fäden mit dichotomischer Verzweigung*. Anfangs sind dieselben in weiteren Abständen septirt, später zerfallen sie in zahlreiche kurze Stäbchen und in «Kokken» ähnliche Gebilde, die meist mit einer Membran bekleidet sind. Nur an den tiefen Stellen oder wo der Nährboden bereits erschöpft ist, finden sich auch jene keulenförmigen Anschwellungen an den Spitzen der Fäden. Die Boström'schen Untersuchungsergebnisse sind unterdess von R. Paltauf [3]) bestätigt.

So darf man jetzt den Actinomycespilz nicht mehr zu den Schimmelpilzen zählen, sondern muss ihn zu den Bacterien, nach seiner ganzen Entwicklung und wegen der dichotomischen Verzweigung zu den Cladothricheen rechnen. *Bis hierzu hatte sich um die Cladothrixform fast nur der Botaniker gekümmert, jetzt muss sich aber auch der Arzt mit ihren Eigenthümlichkeiten vertraut machen, denn sie gewinnt für die Pathologie, wie es scheint, immer mehr an Bedeutung.* Es sei mir daher gestattet sowohl im Allgemeinen, als im Speciellen auf diese Pilzform einzugehen, wenn ich auch des Ueberblickes wegen zum Theil Bekanntes dabei wiederholen muss.

Bis vor wenigen Jahren theilte man die Bacterien in folgende Arten ein: Kugel-, Stäbchen-, Faden- und Schraubenbacterien. Wenn man von einer Bacterie sprach, so gehörte sie ihrer Grundform nach *entweder* zu den Kugel-, *oder* zu den Stäbchen-, oder u. s. w. Bacterien. Da wies Zopf 1881 und 1882 durch eingehende Untersuchungen nach, dass in dem Entwickelungsgange der schon früher von Cohn im faulenden Wasser aufgefundenen und als Cladothrix dichotoma bestimmten Bacterie alle bis dahin bekannten und möglichst auseinandergehaltenen Bacterienformen vereinigt oder bald nach einander vorkommen. Die Cladothrix dichotoma (Fig. *C*, nach Cohn, auf der Figur sind nur gerade Zweige zu sehen) hat sowohl gerade, als spiralig gewundene Aeste. Zerfallen die geraden in längere oder kürzere Bruchstücke, so erhalten wir Bacillen oder Kokken, zerfallen die gewundenen Fäden, so resultiren daraus die gekrümmten Bacillen (Spirillen), wie es Fig. *C.* 2 (nach Zopf) zeigt. Die Fäden sind von zarten Scheiden umgeben, letztere sind nicht immer erhalten, sondern fehlen oft. Aus diesen Scheiden treten die Bacillen *reihenweise* heraus.

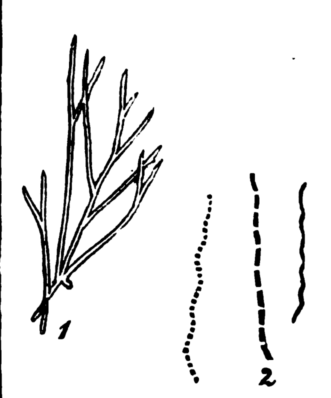


Fig. *C.* 1 Cladothrix dichotoma (v. Cohn), 2 Zweige derselben, welche in Bacillen u. s. w. zerfallen (v. Zopf).

Ich bin im Besitze eines Präparates, welches ich aus dem Sputum eines phthisischen hochgradigen Diabetikers, des verstorbenen Eisenbahnbeamten, Herrn K—z, 7 Tage vor dessen Tode, am 22. Juni 1887, angefertigt habe. Ausser den Tuberkelbacillen sieht man in diesem Präparat viele Fäden von Cladothrix (dichotoma?) [4]).

---

[1]) Das involvirt keinen Widerspruch damit, dass kein Pepton in dem Urin enthalten war. Auch das Sediment des normalen Urins enthält spärliche Leukocyten, ohne dass sich in ihm Pepton nachweisen liesse. Der Peptongehalt des Eiters entspricht eben der Massenhaftigkeit der Eiterkörperchen und dem Grade ihres Zerfalles.

[2]) Ich verweise hier auf Baumgarten's Jahresberichte: Actinomyces.

[3]) Sitzungsberichte der k. k. Gesellsch. der Aerzte (Wien 1886).

[4]) Herr Professor Zopf, dem ich eine kleine Skizze aus dem Präparat in der letzten Zeit übersandt, und welchen ich um seine Meinung über einige Puncte gebeten, welche namentlich die Scheidenbildung unserer Pilzart betrafen, hatte die Freundlichkeit mir vor einigen Tagen u. A. mitzutheilen, dass der hier abgebildete Pilz bestimmt eine Cladothrix sei, ob aber gerade eine (seine, des Verf.) Cladothrix dichotoma, könnte sicher erst durch Culturversuche festgestellt werden. Da ich die Cladothrix in dem Präparat erst entdeckte, als das Sputum des Diabetikers bereits fortgeworfen und dieser gestorben war, so fehlt mir zu solchen Culturen das Material. Indem es sich aber hier um die Cladothrixform im Allgemeinen handelt, hat diese specielle Frage für uns einstweilen eine secundäre Bedeutung. Das Sputum, in einer Nacht gesammelt, füllte fast ein Bierglas. Seine Consistenz war gallertig, seine Farbe grün. Es wechselten ganz dunkelgrüne und grasgrüne Streifen miteinander ab, so dass der Auswurf ein marmorirtes Aussehen hatte, ganz ähnlich der Farbe des Malachitsteines. Ich habe den Patienten später nicht mehr gesehen, aber nachträglich von seiner Gemahlin erfahren, dass das Sputum vor seinem Tode immer dunkler und dunkler, schliesslich ganz schwarz geworden sei. Sowohl die Vergallertung des Sputums, als seine dunkelgrüne resp. schwarze Farbe rührten gewiss von dem Cladothrixpilz her; letztere war hervorgerufen durch Einlagerung von Eisen in die Scheiden desselben. Der Auswurf, welchen der Kranke in meiner Gegenwart entleerte, hatte genau dasselbe Aussehen wie jener im Glase. Es ist also nicht etwa die Cladothrix erst später dort hineingelangt und zur

Da manche Stellen in diesem Präparat besonders instructiv sind für Einzelheiten, die auf den bekannten Abbildungen nicht berücksichtigt sind, so erlaube ich mir, einige Zeichnungen darüber hier einzufügen. Fig. *D* 1 stellt besonders die Art der Scheidenbildung dar. Die Scheide hat ja bekanntlich ihr eigenes selbständiges Wachsthum und ent-

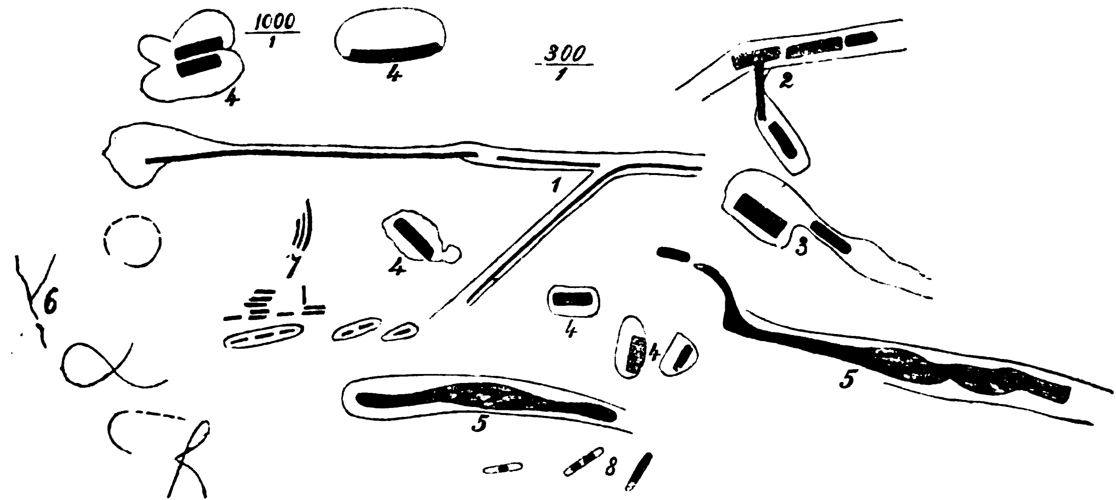


Fig. *D*. Cladothrix aus dem Sputum eines tuberculösen Diabetikers. 8. Sporen.

spricht in ihren Formen daher nicht immer den Formen der durch sie eingehüllten Fäden oder Bacillen, welch' letztere ebenfalls nicht selten von Abschnitten der Scheide umgeben sind. *D* 4 zeigt Bacillen mit Scheiden. Manche Gründe sprechen in hohem Grade dagegen, dass der Hof um die Bacillen etwa als Gallerthülle aufzufassen wäre. Weitere Forschungen können erst entscheiden, ob solche Bacillen im Begriff sind, nach vorausgegangenem Sporenzustand, zu Fäden auszuwachsen oder durch Zerfall der Fäden entstanden sind. Manches spricht für letzteren Fall. *D* 5 zeigt die knolligen, ungestalten Verdickungen durch Entartung der Fäden. Diese degenerirten Stellen nehmen den Farbstoff viel schlechter an, als Fäden und Bacillen.

Es bestehen übrigens sehr auffallende Grössenunterschiede der einzelnen Partien an einer und derselben Cladothrix. Abgesehen von den stärkeren Vergrösserungen der Fig. *D* 2 bis 5 (700 – 1000) 1 = 300, sind die Fäden bei 6 selbst für eine Vergrösserung von 150 im Verhältniss zu der anderen Fig. recht klein zu nennen.

Noch ein Wort über die Art der Sporenbildung bei unserer Cladothrix dichotoma.

Bekanntlich unterscheidet man überhaupt zweierlei Arten von Sporen, die Arthrosporen und die endogenen Sporen. Die Arthrosporen entstehen, wie ihr Name besagt, dadurch, dass Glieder einer Bacterienkette die Rolle einer Dauerspore übernehmen, indem sich das Zellenprotoplasma verdichtet. Die Membran der Arthrospore ist also mit der Membran der Vegetationsform identisch.

Die endogene Spore dagegen erhält innerhalb der Bacterie ihre eigene, derbe Membran. Sie bildet sich durch Verdichtung nur eines Theiles des Protoplasmas der Bacterienzelle.

Der Unterschied dieser beiden Sporenarten ist für die Bacteriologie von sehr grossem entwicklungsgeschichtlichem Werth.

Zopf, auf dessen einschlägigen Arbeiten die Angaben der anderen Forscher fast ausschliesslich fussen, sprach anfangs nur von Langstäbchen, Kurzstäbchen und «Kokken»[5]. Später vindicirte er letzteren die Natur von Arthrosporen. Billet schildert auf Grund von Beobachtungen die Entwickelung dieser Arthrosporen genauer.

De Bary[6]) rechnet die Cl. ebenfalls zu den arthrosporen Bacterien. Van Tieghem zählt sie dagegen, aus welchem Grunde, ist mir unbekannt, zu den endogene Sporen bildenden, «trotzdem deren Fructification durchaus keine Berechtigung dazu giebt» (Hüppe[7]).

So scheint es denn allgemein angenommen zu sein, dass es sich bei diesem Pilz nur um die Bildung von Arthrosporen handele, während einzig van Tieghem eine Ausnahme zu machen scheint, indem er hier wiederum nur an endogene Sporen denkt.

Nun hat mich ein vielleicht glücklicher Zufall in die Lage gebracht in jenem Sputumpräparat Bilder erhalten zu haben, die mir nichts anderes zu sein scheinen, als endogene Sporen. Von einer Anzahl von helleren Stellen in den Bacillen, die offenbar durch Degeneration hervorgerufen sind, sehe ich ab; auch andere helle Puncte, die wegen ihrer symmetrischen Lage schon sehr an Sporen erinnern, will ich nicht heranziehen, aber um so deutlicher scheinen scharf umschriebene, gut gefärbte, rothe Stellen in den grünen Bacillen Sporen vorzustellen. (Das Präparat ist, wie erwähnt, ein Tuberkelbacillenpräparat, mit heissem Anilinfuchsin und Nachfärbung von Malachitgrün hergestellt). Meist sah ich in einem Bacillus nur eine, seltener 2 solche Stellen.

Sehen wir uns die Fig. *B* genauer an, so finden wir einige Bacillen, die *genau* so aussehen wie sporenhaltige Tuberkelbacillen, d. h. wie eine Perlenschnur. Es wäre wunderbar, wenn die ungefärbten Stellen in diesen Bacillen etwas anderes wären, als ebenfalls (endogene) Sporen. Da mir kein stärkeres System als $^1/_{12}$ Oelimmers. Seibert, zu Gebote steht, kann ich nichts Genaueres über jene Bacillen aussagen, als dass sie im Verhältniss zu den anderen, einfachen Bacillen in dem Präparat recht selten zu sein scheinen.

Möchten die apochromatischen [8]) Systeme und fruchtbare

Entwickelung gekommen. Ausser in Abwässern anderer Fabriken soll Cl. d. besonders gern in dem von *Zuckerfabriken* vorkommen (Zopf). Mag es Zufall sein, dass die einzige Cladothr., die ich bis jetzt im Sputum gefunden, gerade bei einem Diabetiker vorhanden war?

[5]) Ein Kokkus unterscheidet sich bei anscheinend gleicher Gestalt dadurch von einer Spore, dass er durch fortschreitende Theilung stets nur Seinesgleichen erzeugt, während eine Spore zu einem Bacillus oder einem Faden auswächst.

[6]) De Bary: Vorlesungen über Bacterien. 1887. pag. 60.

[7]) Hüppe: Die Formen der Bacterien. 1886. p. 122.

[8]) Afanassjew giebt in seiner bacteriologischen Uebersicht im russischen ärztlichen Kalender für 1888 an, dass die apochromatischen Systeme bis jetzt nur von Zeiss angefertigt werden. Das ist nicht mehr richtig. Auf der Ausstellung zu Wiesbaden, welche Anfang September 1887 stattfand, waren apochr. Objective *ausser von* Zeiss noch von Reichert in Wien und Powell und Lealand in London ausgestellt. Ferner konnte man schon im November vorigen Jahres solche Systeme von W. & H. Seibert in Wetzlar erhalten. Zur Erklärung der auffallend schnellen Verbreitung dieser vielversprechenden Neuerung diene folgender Passus aus der Broschüre von Zeiss über diesen Gegenstand (1887): „Uebrigens stehen, wie alle Arbeiten unserer Firma, auch diese Neuerungen ganz auf dem Boden freiester Concurrenz. Die von uns benutzten Gläser (Glassorten, d. Verf.) sind mit unserer eigenen Beihilfe schon jetzt Jedem zugänglich und kein Optiker ist im geringsten behindert, die gleichen Linsen anzufertigen, so gut und so billig er vermag". Es werden aus der neuen Glassorte sowohl

Culturversuche bald diese Fragen von fundamentaler Wichtigkeit endgültig entscheiden. *Bestätigt sich die Richtigkeit der Auslegung meiner Präparate, dann hätten wir die Cladothrix weder ausschliesslich zu den arthrosporen noch zu den endogene Sporen bildenden Bacterien zu zählen, sondern müssten vielmehr bei ihr eine «Pleomorphie der Fructificationsorgane» annehmen,* wogegen ja bei einer so vielseitigen Bacterie von vornherein wenig sprechen würde.

(Schluss folgt).

Ein Fall von Opiumvergiftung eines Säuglings.

Von

Dr. P. v. Rautenfeld,

Ritterschaftsarzt in Trikaten (Livland).

Die Seltenheit einer Opiumvergiftung, namentlich eines Säuglings, hat mich bewogen die Casuistik dieser Vergiftungen um nachstehenden Fall zu bereichern und mag gleichzeitig als Entschuldigung für die ausführliche Beschreibung dienen.

Im December v. J. wurde ich Morgens 1/24 Uhr geweckt und mir ein Brief von einem Bauern übergeben, in dem derselbe mir mittheilte, dass sein kleines Kind krank gewesen sei und er demselben Medicin gegeben, worauf sich der Zustand aber verschlimmert habe, wie er glaube von der Medicin und bitte er mich daher hinzukommen und die erforderliche Medicin gleich mitzunehmen.

Diesen ungenauen Bericht glaubte ich durch die Aussagen des Mannes, der mich führen sollte, vervollständigen zu können, konnte jedoch von demselben nichts weiter in Erfahrung bringen, als dass das Kind 8 Tage alt sei und er die Weisung erhalten hatte recht rasch zu fahren. Woran das Kind leide und welche Medicin es erhalten, wusste er nicht anzugeben.

Für alle Fälle löste ich in Eile circa 10 Gran Camphora in 1/2 Drachme Aether acet., fügte noch 1/2 Drachme Tinct. Cinammomi hinzu und begab mich auf den Weg. Um 4³/4 Uhr Morgens traf ich an meinem Bestimmungsort ein und theilte mir der Vater sogleich mit, dass es wohl zu spät sei, da das Kind nicht mehr athme.

Beim Betreten des Krankenzimmers sah ich das Kind nur noch eine schnappende Athembewegung machen, wonach die Respiration vollständig sistirte.

Der Befund war folgender: Kleiner Knabe mit mässig entwickeltem Panniculus adipos. lag unbeweglich mit geschlossenen Augen da, die Pupillen eng, Extremitäten kühl, der Körper mit kaltem Schweiss bedeckt, starke Cyanose, der Unterkiefer hing schlaff herab, Mundhöhle und Zunge trocken, Puls an der Radialis nicht fühlbar. Die Auscultation des Herzens ergab schwache, langsame Contractionen circa 12—14 in der Minute.

Ich besprengte das Kind mit kaltem Wasser und liess die Fusssohlen reiben, da es aber keine Athembewegung machte, flösste ich ihm 4 Tropfen der mitgebrachten Campherlösung ein und begann sofort mit der künstlichen Respiration.

Ich verlangte die Medicin zu sehen, die das Kind bekommen hatte; das Fläschchen wurde mir gebracht und zu meinem nicht geringen Erstaunen enthielt es Tinct. Opii crocata. Auf meine Frage, wie sie zu derselben gekommen, erfuhr ich Folgendes: Die Grossmutter des Kindes leidet seit Jahren an Cardialgien und war ihr von einem Collegen Tinct. Opii croc. verschrieben worden, die sie mit gutem Erfolg brauchte. Weiter berichtete die Grossmutter: das Kind sei stets sehr ruhig gewesen, am vorhergehenden Abend habe es jedoch im Bade viel geschrieen. In der Voraussetzung, dass das Kind Schmerzen habe, und eine unruhige Nacht fürchtend, habe sie demselben um 10 Uhr Abends einige Tropfen Tinct. Opii gegeben. Als ich ihr deshalb Vorwürfe machte, erwiderte sie mir entschuldigend, es seien ja blos 3 Tropfen gewesen, doch halte ich es nicht für unwahrscheinlich, dass das Kind eine bedeutend grössere Dosis erhalten hatte.

Bald nach der Eingabe der Medicin sei das Kind auch ruhig geworden und eingeschlafen. Nach einiger Zeit sei es ihr jedoch aufgefallen, dass die Athmung schnarchend und späterhin auch aussetzend geworden, was sie bewogen habe mich holen zu lassen.

Nachdem die künstliche Athmung einige Zeit unterhalten worden war, verminderte sich die Cyanose, ohne dass die Athmung wiederkehren wollte. Ich goss nun nochmals 2 Tropfen der Campherlösung auf die Zunge des Kindes und erst nachdem ich 20 Minuten ununterbrochen die künstliche Respiration unterhalten hatte, machte Patient wieder die erste krampfhafte Inspiration. Der Puls war nun auch an der Radialis fühlbar geworden und zählte ich 100 Schläge in der Minute. Jetzt folgten noch mehrere Inspirationen und die Athmung kehrte allmälig wieder. Alle 3 Minuten netzte ich meinen kleinen Finger in der Campherlösung und brachte dieselbe dem Kinde auf die Zunge.

Allmälig trat Schweiss auf, die Cyanose schwand und ich konnte die künstliche Athmung einstellen.

Um 8 Uhr Morgens reagirte das Kind gegen das Analepticum durch Runzeln der Stirn und Schliessen des Mundes. Die Athmung war schnarchend, unregelmässig und aussetzend, so dass ich noch mehrfach gezwungen war wieder die künstliche Respiration zu machen.

Allmälig erholte sich das Kind doch mehr und mehr, schlug für einen Moment die Augen auf und um 9 Uhr bewegte es bereits die Arme. Um 10¹/2 Uhr Morgens hatte Patient sich so weit erholt, dass ich glaubte ihn verlassen zu können, nachdem ich die Weisung gegeben, ihm alle 15 Minuten einen Tropfen Campherlösung auf die Zunge zu bringen. Kaum war ich jedoch ein Stück Weges gefahren, als mir ein Bote nachgesandt wurde mit der Meldung, die Athmung setze wieder aus. Ich eilte wieder zurück, die Athmung war inzwischen wieder in Gang gekommen. Noch 2 Mal stockte die Respiration und zwang mich die Athmung künstlich zu unterhalten. Ich suchte nun das Kind durch häufiges Bewegen munter zu erhalten. Die Besserung machte gute Fortschritte; um 2 Uhr Nachmittags versuchte ich dem Kinde einige Tropfen Milch mit einem Löffel einzuflössen, da es die Mutterbrust nicht nahm; die Milch wurde hinabgeschluckt; so fuhr ich fort ihm von Zeit zu Zeit etwas Milch zu reichen und um 3 Uhr Nachmittags war die Narkose so weit vorüber, dass Patient sich selbständig bewegte und leise wimmerte.

Um 4 Uhr war der Puls 120, die Respiration gleichmässig und ruhig, so dass ich Patienten ohne Gefahr verlassen konnte. Die Obstipation wurde durch Pulv. Magnes. c. Rheo gehoben und erholte sich das Kind im Laufe des folgenden Tages vollkommen.

Ich bedaure, dass es mir nicht möglich war das zuerst von Gräfe, später von Anderen wie Kobert[1]) und Semtschenko[2]) gegen Morphin- und Opiumvergiftung empfohlene Atropin anzuwenden, da ich es mir der grossen Entfernung wegen bis zur nächsten Apotheke (10 Werst) nicht leicht beschaffen konnte.

Später hatte ich noch 2 Mal Gelegenheit das Kind zu sehen, das letzte Mal 3 Monate nach der Vergiftung und fand das Kind gesund und selten gut genährt.

Trocken- als Wasser- und Oelimmersions-Systeme hergestellt. Bei Zeiss kostet ein apochr. homogen. Immers.-Objectiv 1/8 (3 Mm.) 450 resp. 550 Mk., bei Seibert eine 1/12 (2 Mm.) 275 Mk. Am meisten sind gegen früher die Preise bei den neuen Trockensystemen gestiegen.

[1]) Allgem. med. Centralzeitung. 1880. № 8.

[2]) Memorabilien. Jahrg. XXXII. Heft 5.

Referate.

1) L. Lewin: Ueber Erythrophloein. (Berl. klin. Woch. № 6, 7 und 9. 1888).

2) O. Liebreich und Schöler: Ueber die Wirkung der N.-Cassa-Rinde und des Erythrophloeins. (Berliner klin. Wochenschr. № 9; sowie in derselben Nummer die Discussion des L.'schen Vortrages in den Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft. 1888).

3) Carl Koller: Erythrophlein. (Wiener medic. Woch. № 6. 1888).

4) J. Hirschberg: Erythrophloeinum hydrochloricum. (Centralbl. für prakt. Augenheilk. Februar 1888).

5) Welcker: Versuche mit Erythrophleinum hydrochloricum. (Centralbl. für prakt. Augenheilk. Febr. 1888).

6) F. Goldschmidt: Erythrophlein als Anästheticum. (Centralbl. für klin. Med. 1888. S. 121).

7) Tweedy: Erythrophloeine. (The Lancet. 1888. 4. Febr.)

8) A. v. Reuss: Ueber die Wirkung des Erythrophleins auf das menschliche Auge. (Wiener Internat. klin. Rundschau. 1888. № 8).

9) A. Königstein: Versuch mit Erythrophlein. (Internat. klin. Rundschau. 1888. № 8).

10) Karewski: Erythrophlein. (Deutsche med. Wochenschrift. 1888. S. 143).

Seit der grossen Entdeckung Kollers hat das Suchen nach local wirkenden Anästheticis einen stetigen Fortgang genommen, und sind speciell von Ophthalmologen eine ganze Reihe derartiger Mittel namhaft gemacht worden, doch konnte keines mit dem Cocain in Concurrenz treten. Der ersten Mittheilung über die Wirkungen des Erythrophleins in der Berl. med. Gesellsch. durch Dr. Lewin folgten lebhafte Discussionen und Angriffe — so besonders durch Liebreich — und letzteren ist es wohl besonders zu danken, dass sich bis heute, in wenig Wochen, vorbenannte, recht stattliche Literatur bereits angesammelt hat. Fassen wir die Ergebnisse der Experimentatoren kurz zusammen, so ergiebt sich Folgendes: Das Erythrophlein ist ein in der Rinde von Er. Guinense enthaltenes Alkaloid, soll aber auch einen Bestandtheil des afrikanischen «Hayagiftes» ausmachen (Lewin).

Lewin hatte nun behauptet: 1) Einige Tropfen einer 0,2%igen Lösung von Er. beseitigen in 10 Minuten den Schmerz kleiner Fingerwunden.

2) Bei tetanisirten Fröschen kann man nach Injection von Er. von der Injectionsstelle aus keinen Tetanus mehr auslösen.

3) An der Injectionsstelle (½ bis 1½ Mg.) tritt nach 15 Minuten solche Unempfindlichkeit ein, dass man bis auf die Musculatur einschneiden kann (Meerschweinchen, Hund).

4) 0,25, 0,1 und 0,05%ige Lösungen erzeugen *ohne wesentliche Reizung* bei Katzen, Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen etc. nach 15 Minuten ohne Veränderung der Pupille Anästhesie der Cornea und Conjunctiva, die bis zu 2 Tagen anhält. Die Wirkung ist durchaus local. Injection in die Augenlider macht diese unempfindlich, während das Auge vollkommene Empfindlichkeit zeigt.

Liebreich spricht dem Er. jeden therapeutischen Werth ab. Cornealanästhesie tritt wohl wenn auch spät ein, die Conjunctiva wird aber stark gereizt. Subcutane Injectionen von ½ bis 4 Mg. am Menschen ergaben Reizung und Empfindlichkeit der Injectionsstelle.

Koller experimentirte an Hunden und an sich selber. 0,25%ige Lösung erzeugte am Hunde im Beginne heftige allgemeine Reizung des Auges, nach ½ Stunde vollkommene Unempfindlichkeit der Cornea. Am folgenden Tage starke Schwellung der Conjunctiva und Trübung der Cornea, welche erst nach 72 Stunden sich aufhellte. Zum Selbstversuche dienten 2 Tropfen einer 0,125%igen Lösung. Die ersten 20 Minuten lang heftige allgemeine Reizung des Auges und Schmerz. Nach 40 Minuten Cornea unempfindlich auf mehrere Stunden. Pupille und Accomodation unverändert. 1½ Stunden nach Beginn des Versuches Sehen trübe wegen Trübung des Hornhautepithels. Um alle Lichtflammen zeigten sich Spectralringe. Erst am 2. Tage war das Sehen wiederum normal.

Schöler benutzte 0,2% am Menschen. Ein Tropfen erzeugt nach 15 Minuten Cornealanästhesie. Conjunctiva bleibt gereizt. Das Sehen ist verschleiert, es werden Spectralringe gesehen. Erst nach 9 bis 11 Stunden schwinden die Störungen.

Hirschberg bestätigt die Erfahrungen Koller's und Schöler's. Er entfernte 12 Mal Eisensplitterchen aus der Cornea nach Einträufelung von 0,2% Er.lösung. Alle Patienten klagten über Brennen. Die Augen waren gereizt; die Cornealanästhesie trat nach 10—15 Minuten vollkommen ein, die Conjunctiva blieb empfindlich.

Welcker. 0,1% bis 0,25% giebt bei ziemlich starken Reizerscheinungen keine verwerthbare Anästhesie. Stärkere Lösungen (0,5%) wirken so intensiv (keine Defecte der Hornhaut und diffuse Trübung, sogar geringes Hypopyon), dass sie *als direct* gefährlich bezeichnet werden müssen.

Goldschmidt. 0,1%. Ein Tropfen erzeugte nach 15 Minuten eine 3 bis 4 Stunden andauernde *vollständige Anästhesie* der Binde- und Hornhaut. Die Reizung war gering und wurden *keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet*.

Tweedy kam zu negativen Resultaten mit einer 0,5% Lösung. Die Wirkung war in jeder Beziehung eine reizende und unangenehme, während die Anästhesie ausblieb.

Reuss bestätigt im Wesentlichen die Beobachtungen Welcker's.

Königstein brauchte ¹/₁₀—¹/₂₀%ige Lösungen, beobachtete heftige Reizerscheinungen und meint, *dass das Präparat in der Oculistik keine Anwendung finden wird.*

Karewski empfiehlt, wie es auch Schöler gethan hat, das Er. mit dem Cocain zusammen zu versuchen.

Bei der Seltenheit, Theuerung und vielleicht auch nicht ganz gleichartigen Herstellung der Erythrophleinpräparate dürften weitere Versuche wohl noch angezeigt sein. *Vorläufig ergiebt sich aber, dass die Brauchbarkeit der Erythrophleinanästhesie wegen ihres späteren Eintretens, ihrer Unsicherheit, und wegen der unangenehmen ja gefährlichen Nebenerscheinungen — bestritten werden muss.* G—n.

British medical association. Fifty-fifth annual meeting. Proceedings of sections. (Discussion on the radical cure of hernia in the section of surgery).

1) Thornley Stoker: The theory and practice of operation for the radical cure of hernia. 2) Kendal Franks: The radical cure of hernia by the method of dissection. 3) Arthur Barker: On thirty-five operations for the radical cure of hernia by original methods. 4) C. B. Keetley: Radical cure of hernia by open injections: Resultats after a searanda half. 5) A. Rabagliati: On the radical cure of hernia. 6) Francis Henston: A case of radical cure of femoral hernia. 7) Mitchell Bauks: Some statistics of the operation for the radical cure of hernia. 8) Wm. Macewen: On the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal peritoneal pad, and restoration of the valved form of the inguinal canal. 9) C. B. Ball: Radical cure of hernia by torsion of the sac. 10) Mayo Robson: A consecutive series of twentysix operations for the radical cure of hernia. 11) James Murphy: A case in which the radical cure of hernia was performed by an unusual method. 12) Chauncy Puzey: Some observations regarding the permanence of the radical cure of hernia.

(Brit. Med. Journ. 1887. Nrs. 1405—1407).

1) Stoker bespricht zunächst die Sicherheit, mit welcher unter dem Schutze der Antiseptik der Bruchsack geöffnet werden kann, und giebt in Folge dessen der «offenen» Operationsmethode vor der ehemals und noch heute in England viel geübten quasi subcutanen Methode nach Wood entschieden den Vorzug, findet aber doch, namentlich bei kleineren Kindern, die Radicaloperation überhaupt nur da indicirt, wo leichtere Maassregeln sich entweder als unwirksam erwiesen haben, oder nicht anwendbar sind. Er präparirt also den Bruchsack heraus entweder in toto, oder — bei congenitalen Leistenhernien — nur im Anschluss an die Bruchpforte. In letzterem Falle wird derselbe zwischen zwei Catgutligaturen durchschnitten und das mehr oder weniger verkleinerte distale Ende zu einer neuen Tunica vaginalis propria umgeformt. Das proximale Ende dagegen, oder event. der ganze Bruchsack, wird nach einem Vorschlag von Ball (cf. weiter unten) ziemlich fest torquirt und in diesem Zustande durch zwei Pfeilernähte innerhalb des Leistencanals fixirt. Was die Nähte anbetrifft, so sieht Verf. ihre hauptsächliche Bedeutung in der Anregung einer hinreichenden plastischen Infiltration der Wände des Bruchcanals, von deren Organisation er die Radicalheilung erwartet. Es wäre ein Irrthum anzunehmen, dass der Verschluss des Canals durch versenkte nicht resorbirbare Nähte auf die Dauer in derselben Weise aufrecht erhalten werden könne, wie zur Zeit der Anlegung derselben, und sei darum der Gebrauch von versenkten Silberdrahtnähten zu verwerfen. Vf. selbst benutzt seidene Plattennähte, welche er zur Vermeidung von Circulationsstörungen im Samenstrang und consecutiver Hodenschwellung nur locker anzieht. Nach vollendeter Wundheilung sucht er die Narbe noch eine Zeit lang gegen plötzliche Schwankungen des intraabdominalen Druckes zu schützen. Doch verwirft er den Gebrauch eines gewöhnlichen Bruchbandes mit Pelotte durchaus, da er von dem localisirten Druck derselben nur eine erleichterte Resorption des plastischen Infiltrates um die Bruchpforte oder gar Auseinanderdrängung der frisch vereinigten Theile erwartet. (Wir erinnern daran, dass Anderegg auf Grund des unlängst veröffentlichten Materials der Baseler Klinik zu denselben Anschauungen gelangt ist. Ref.). Verf. empfiehlt statt dessen eine Vorrichtung, welche in Dublin als «*Harrison's truss*» bekannt ist. Dieselbe besteht aus einem gut sitzenden Beckenbande, welches nach oben durch über die Schultern gehende Tragbänder, nach unten durch ein paar kurze Schenkelstücke fixirt ist. Letztere gleichen ganz kurzen Hosen, bestehen aus Leinewand und werden durch Schnürung fest angezogen. Dieselben sind durch ein Dammband und einen Sack zur Aufnahme des Scrotums mit einander verbunden. Sehr brauchbar findet Verf. ferner eine alte populäre Vorrichtung, welche 1885 von E. Lund in seiner Hunterian Lecture wieder empfohlen worden ist. [Wir entnehmen eine Beschreibung derselben einem Aufsatze von Walter Pye (An old-fashioned method of trussing ruptured infants. Brit. Med. Journ. 1887. May 28). Der ganze Apparat besteht aus einer Fitze von grobem Wollgarn (worsted or Berlin wool), die ungefähr 22 Zoll lang sein und aus einer

genügenden Anzahl Fäden bestehen muss, welche in Abständen von je 2—3 Zoll zusammengebunden werden. Man legt dieselbe oberhalb der Hüftbeinkämme so um den Leib, dass das eine Ende durch die Schlinge an dem anderen Ende hindurchgezogen wird. Der daraus resultirende Knoten wird dann bis zur Bruchpforte herabgezogen, und nun das freie Ende der Fitze durch die gleichnamige Femoro-scrotalfalte, unter dem Damm hindurch und um die Aussenfläche des Oberschenkels herum bis zum Trochanter hinauf geführt und hier wieder an dem schon das Becken umgebenden Streifen befestigt. Diese Vorrichtung ist nur für kleine Kinder brauchbar, bietet aber bei denselben grosse Vortheile, unter anderen den, dass man das Kind mit dem Apparate baden, und den letzteren im Falle der Beschmutzung leicht und schnell durch einen neuen ersetzen kann. Pye berichtet in dem erwähnten Aufsatze über eine längere Reihe von günstigen Erfolgen mit demselben. Wichtig ist es, dafür eine passende, hinreichend elastische und feste Wollsorte auszuwählen].

2) Franks ist der Ansicht, dass, da die Radicaloperation jetzt als ein eminent sicherer Eingriff zu bezeichnen ist und überdem in der Mehrzahl der Fälle wirklich das gewünschte Resultat herbeiführe (wofür er einige besonders prägnante Beläge aus seiner Erfahrung anführt), man die Indication zu derselben nicht auf inexercibele Hernien beschränken solle. Dieselbe ist vielmehr bei jedem noch jugendlichen Individuum angezeigt, selbst bei nur kleiner Hernie, sei es auch nur, um ihm das lebenslange Tragen eines Bruchbandes und die ängstliche Enthaltsamkeit von körperlichen Uebungen zu ersparen. Uebrigens würden auch die immerhin möglichen Gefahren, welche eine mobile Hernie darbiete, in der Regel zu gering veranschlagt. Das operative Verfahren Frank's hat folgende Eigenthümlichkeiten. Den Hautschnitt legt er parallel dem Leistencanal, aber höher als derselbe an, zu welchem Zweck die Haut während der Incision herabgezogen wird. Dies geschieht, damit die Pfeilernähte nach Schluss der Wunde nicht unmittelbar unter derselben liegen. Die letzteren, 3 an der Zahl, legt er in der Weise an, dass die erste den oberen Theil des inneren Leistenringes schliesst, indem sie den inneren Pfeiler gegen das Ligt. Poupartii entsprechend dem Niveau des inneren Leistenringes heranzieht. Die zweite Naht zieht die untere Hälfte des inneren Pfeilers etwa gegen die Mitte der vorderen Wand des Leistencanals, und die dritte schliesst den äusseren Leistenring. Durch diese Nähte wird zugleich der Bruchsack, gleichsam als Pfropf innerhalb des Leistencanals fixirt. Durch Torsion des Bruchsackes wurden die Resultate nicht erheblich verbessert; auch sei dieselbe bei congenitalen Hernien mit fächerförmiger Ausbreitung der Elemente des Samenstranges nicht anwendbar. In einzelnen Fällen von kleineren Hernien wurde der Bruchsack vor Schluss des Leistencanals einfach bis hinter den inneren Ring reponirt, und zwar mit sehr gutem Resultat. Zur Pfeilernaht benutzt Vf. Silberdraht, welcher seiner Ansicht nach einen bedeutenden Antheil an der Dauerhaftigkeit der Resultate hat, und bei vollkommener Aseptik nie zu Reizerscheinungen führt. Die äussere Wunde wird durch Etagennähte geschlossen, wobei Verf. den einen Wundwinkel behufs natürlicher Drainage leicht klaffen lässt.

3) Die 35 Operationen Barker's wurden ausgeführt an 29 Individuen, von denen 3 Hernien auf beiden Seiten aufwiesen und 3 wegen Recidiv zum zweiten Mal operirt werden mussten. Das Alter der Patienten war in 9 Fällen über 20, in 20 unter 10 Jahren. Der jüngste war 4 Monate, der älteste ungefähr 70 Jahre alt. Operationsobject waren 12 congenitale und 15 acquirirte Leisten-, 1 Schenkel- und 3 Nabelhernien. Alle Fälle waren zuerst vergeblich auf andere Weise behandelt worden und sind deshalb zu den schwereren zu rechnen. Die Resultate sind, abgesehen von jenen 3 Fällen, befriedigend, aber zum Theil noch zu frisch, um als definitive zu gelten. Genauer geht Verf. auf seine Operationsmethode bei Inguinalhernien ein. Den Bruchsack bindet er, nachdem er seine Entleerung von einem Längsschnitt aus controlirt hat, möglichst im Niveau des inneren Leistenringes ab und durchtrennt denselben quer ca. ½ Zoll unterhalb der Ligatur. Das periphere Ende desselben überlässt er sich selbst, da eine Entfernung desselben keinerlei Gewinn bringt, wohl aber durch Zerrung der Theile bei der Auslösung schädlich werden kann. Als Material für die Ligatur des Bruchsackes und die Naht des Leistencanals benutzt er jetzt ausschliesslich Seide, da er 2 Mal nach dem Gebrauch von Catgut Recidive erlebt hat. Die Enden des Ligaturfadens werden zunächst lang gelassen, und nach Reposition des Bruchsackstumpfes bis hinter den inneren Leistenring, zugleich als Naht für den letzteren ausgenutzt. Zu diesem Zwecke werden dieselben einzeln in eine Liston'sche Nadel eingefädelt und, nachdem mit der letzteren die Ränder des inneren Leistenringes möglichst breit gefasst sind, durch die Aponeurose des M. obliquus abdom. ext. nach aussen geführt und vor der letzteren nicht zu fest geknüpft. In derselben Weise werden dann noch 4—7 Knopfnähte im Verlaufe des Canales angelegt und darüber die Hautwunde ohne Drainage geschlossen. Nach der Operation sollten die Patienten mindestens 3—4 Wochen im Bett gehalten werden. Dagegen sei der Gebrauch von Bruchbändern, ausser bei Nabelhernien, zu verwerfen und höchstens ein durch Spicatouren fixirter Watteballen zum Schutze der ganzen Narbe für die erste Zeit in Anwendung zu ziehen. Von Wichtigkeit ist die Erzielung von prima intentio, damit die versenkten Seidennähte einheilen und die Wandungen des Leistencanals auf die Dauer zusammenhalten.

4) Keetley hat in einer Anzahl von Fällen die radicale Heilung durch Injection von absolutem Alcohol oder (in den späteren Fällen) von concentrirtem Eichenrindendecoct in das Lumen des Bruchsackhalses zu erreichen versucht. Er ist in der Lage von 9 Patienten, welche 11 Hernien repräsentiren, das Endresultat nach mindestens 1½ Jahren mitzutheilen. 4 dieser Patienten (= 5 Hernien) melden sich als gesund, und bei zweien davon (= 3 Hernien) hat Verf. selbst eine wirklich absolute Heilung constatirt. Eine Patientin ist «wahrscheinlich geheilt» und begierig, ihr Bruchband wegzulassen. Ein fernerer Pat. giebt an, er sei «beinahe hergestellt», nachdem er aber eine Phlegmone in Folge der Injection durchgemacht hat. Die übrigen 3 Patienten (= 4 Hernien) weisen keine objective Besserung auf. Verf. ist nicht blind gegen die Unsicherheit seiner Methode quoad effectum und führt eine ganze Reihe von Gründen für diesen Umstand an, glaubt aber doch, dass dieselbe wegen ihrer Gefahrlosigkeit (? Ref.) und leichten Technik eine Zukunft hat. Die blutige Radicaloperation hält er allerdings, wenn richtig ausgeführt, für nahezu sicher, aber dabei für so gefährlich, dass dieselbe, seiner Ansicht nach, eigentlich nur in den Händen der Koryphäen chirurgischen Könnens, wie Macewen oder Bauks, berechtigt sei. Auf Grund welcher trüben Erfahrungen er dieselbe proscribirt, ist freilich in seinen Ausführungen weder ausgesprochen, noch auch nur angedeutet. Verf. ist *Senior* Surgeon am West-London-Hospital.

5) Rabagliati hat 3 Mal die Radicaloperation als Selbstzweck und 10 Mal nach Herniotomie wegen Incarceration ausgeführt und in allen diesen Fällen radicale Heilung erzielt (ohne indess anzugeben, wie spät nach der Operation dieselbe constatirt worden ist). Unter 5 Fällen von Herniotomie ohne nachfolgende Radicaloperation verlor er dagegen 3 an Peritonitis, und ähnlich war bis dahin das Mortalitätsprocent in der Bradford Infirmary immer gewesen. Die Entfernung des Bruchsackes nach der Herniotomie verbessert also direct die Prognose dieser Operation, was sich nach Ansicht des Vf. dadurch erklärt, dass die tödtliche Peritonitis in den meisten Fällen eben gerade in dem Bruchsack ihren Ursprung hat. Ausserdem dürfte bei diesem Eingriff ein etwaiges Uebersehen einer noch nicht gehobenen Einklemmung beträchtlich erschwert sein und schliesslich bleibt demselben sein Werth als Versuch einer radicalen Heilung.

6) Henston's Fall betrifft eine eingeklemmte Schenkelhernie, in welcher sich ausser einer Darmschlinge noch ein Ovarium mit der zugehörigen Tuba Fallopiae befanden. Nach Entleerung des übelriechenden und missfarbenen Bruchwassers und Abtragung von Ovarium und Tuba wurde der Bruchsack fest zugedreht, durch den Hals desselben ein starker doppelter Chromcatgutfaden geführt und dieser nach beiden Seiten hin geknüpft. Dann wurde die Bruchpforte geschlossen mit einer Naht, die ebenfalls durch den Bruchsackhals, oberhalb der Ligatur, geführt war. Schliesslich wurde dann unterhalb der letzteren der Bruchsack abgetragen und nun der Schenkelcanal und die Hautwunde durch Etagennähte geschlossen. Prima intentio und bisher (seit April 1887) andauernde Radicalheilung. Besonderes Gewicht legt Verf. auf den Gebrauch des Chromcatguts, da dasselbe, als resorbirbares Material, nicht nachträglich entfernt zu werden braucht, wie so häufig die Drahtnähte. (Schluss folgt.)

Chisholm: Eine sehr werthvolle Unterweisung für solche, welche Anästhetica gebrauchen. (New-York Med. Record Jan. 21. 1888).

Verf. hatte unter sehr schwierigen Umständen einen krebsig entarteten Bulbus zu exstirpiren, wobei das dreijährige Kind drei Mal in der Chloroformnarkose asphyctisch und zwei Mal dadurch ins Leben zurück gerufen wurde, dass Ch. es an den Füssen fasste und aufhob, so dass der Kopf herabhing; während der dritten Asphyxie wurde die Operation bei herabhängendem Kopf und wieder eingetretener Athmung beendigt. Eigenthümlich hierbei war der Umstand, dass wenn das wiederbelebte Kind auf den Rücken gelegt wurde, die Asphyxie wieder eintrat. Verf. plaidirt stark für diese Art Behandlung der Chloroformasphyxie, wofür er ein von Nélaton an Ratten angestelltes Experiment anführt. Die blosgelegten Gehirne der bis zu vollständiger Anästhesie chloroformirten Thiere erbleichten und verschwanden dann die Functionen der grossen Nervencentren in einer bestimmten Reihenfolge: zuerst wurde der Wille, dann successive die willkürlichen Bewegungen, die allgemeine Sensibilität und schliesslich die unwillkürlichen Bewegungen, darunter Herz und Lungen gelähmt. Bei diesen Untersuchungen fand nun Nélaton, dass die verscheidenden Ratten wieder allmälig auflebten, wenn sie am Schwanze aufgehängt wurden, dagegen wieder dem Sterben nahe kamen, wenn sie hingelegt wurden. Nélaton und mit ihm Chisholm sind der Ansicht, dass bei der Chloroformnarkose das Gehirn blutarm und schliesslich blutleer werde, und dass Aufheben an den Füssen und Herabhängenlassen des Kopfes die zur Wiederbelebung des Gehirns nöthige Blutmenge in den Schädelraum hineinbringe. Chisholm, seit 30 Jahren Chirurg an einem grossen Baltimorer Hospital, hat bei über 10,000 Chloroformirungen nie einen Todesfall zu verzeichnen gehabt, weil er jedesmal vor der Narkotisirung eine volle Gabe (a full dose) Whiskey dem zu Operirenden einflösst, dann rasch chloroformirt und bei stockender Athmung die Beine des Kranken aufhebt, nöthigenfalls auf die Schultern eines Assistenten legt. Er ist der festen Ansicht, dass die meisten Fälle an Chloroformtod durch die niedrige Lagerung des Kranken bedingt worden seien. Hz.

Eingesandt.

Nachfolgende Mittheilung, die für die Stellung unseres Publicums zum Arzte, sowie für die Lage der Aerzte überhaupt leider recht charakteristisch ist, geht uns mit der Bitte um Veröffentlichung zu, der wir gerne willfahren:

Im vergangenen Jahre kam während meiner Sprechstunde ein Mann zu mir mit der Aufforderung, zu einem Budenbesitzer zu fahren, dessen Bruch herausgetreten sei. Obgleich ich mich mit Chirurgie nicht beschäftige, und obgleich mein Sprechzimmer voll war, fuhr ich doch zu ihm und fand einen alten hervorgetretenen Bruch. Ich versuchte ihn zu reponiren, was indess bei der Ungeberdigkeit des Kranken nicht gelang, verordnete Eis aufzulegen und verschrieb ein Recept, so viel ich mich erinnere, ein Abführmittel. Der Kranke, obgleich in seiner Bude gehandelt wurde, bezahlte nicht nur nicht, ich musste auch noch den Fuhrmann bezahlen, mit welchem ich nach Hause eilte. Der Kranke legte kein Eis auf, indess nach einer *Viertelstunde* ging der Bruch zurück. (Er behauptet etwas Schwefelblumen unterdessen genommen zu haben). Somit scheint Alles in Ordnung; der Kranke war gesund, ohne den Arzt für Mühe und Zeitversäumniss entschädigt zu haben.

Was thut er aber? Er reicht eine Klage in der medicinischen Abtheilung der Gouvernementsregierung ein, dass ich das verschriebene Recept mitgenommen, weil er nicht bezahlt habe. Den Arzt wollte er nicht bezahlen, aber auf diese Klage klebte er eine Marke von 80 Kopeken. *Die medicinische Abtheilung, statt die Sache selbst zu untersuchen, übergiebt sie dem Procureur.* Dieser erhebt eine Anklage gegen mich auf Grund von § 872 wegen Verweigerung ärztlicher Hülfe. Der Untersuchungsrichter trägt der Polizei auf, meine Rückkunft zu verfolgen (ich war damals auf dem hygienischen Congresse in Wien), als ob ich Gott weiss was begangen hätte.

Bei der Untersuchung stellte es sich heraus, dass ich die Frau und das Kind des Kranken 3 Jahre lang behandelt, eine schwere Geburt der Frau operativ beendet u. s. w.

Bei der Verhandlung sagten der frühere Kranke und sein Zeuge, ein verabschiedeter Soldat, aus, dass ich Versuche zur Reposition des Bruches gemacht und verordnet hätte, Eis aufzulegen. Der Soldat allein behauptete, ich hätte das verschriebene Recept mitgenommen. Die Sachverständigen, Professor Bornhaupt und Dr. Saslawsky erklärten, dass ich alle unter diesen Umständen mögliche Hülfe geleistet, und dass es ganz gleichgültig gewesen wäre, ob ich ein Recept verschrieben hätte oder nicht, da in einer Viertelstunde der Bruch wahrscheinlich in Folge der von mir gemachten Manipulationen von selbst zurückgegangen sei. Meinen Hinweis darauf, dass die Aussagen der Zeugen wenig Glauben verdienen, weil sie in anderer Beziehung (Datum, Nebenumstände) der Wirklichkeit widersprechen, liess der Herr Vorsitzende ausser Acht, ebenso liess er mich nicht meine Vertheidigungsrede halten unter dem Vorwande, dass sie vielleicht ein anderer mir geschrieben habe (!).

Obgleich ich darauf hinwies, dass die Klage unter diesen Umständen sehr seltsam sei, trotzdem dass der Vertheidiger geltend machte, dass gar kein Grund zur Klage vorliege, da ich dem Kranken erfolgreiche medicinische Hülfe geleistet, und dass ich jedenfalls eben so viel Glauben verdiene, als der einzige Zeuge, ein verabschiedeter Soldat, verurtheilte mich das Gericht nicht nur dafür, dass ich durch Mitnahme des Receptes dem Kranken die ärztliche Hülfe verweigert habe, sondern auch *zum höchst möglichen Grade der Strafe* (50 Rbl.) und im Unvermögensfalle zu einer 10-tägigen Haft im Gefängniss, so dass, wenn ich unglücklicherweise nicht im Stande wäre 50 Rbl. zu bezahlen (bei einem Arzte unter den jetzigen Verhältnissen ein sehr möglicher Fall), ich 10 Tage im Gefängniss zubringen müsste. Als Grund einer so hohen Strafe führte das Gericht meine hohe Bildung an (als ob ein Arzt ungebildet sein könnte). Weitere Bemerkungen über diese Sache und die Lage der Aerzte überhaupt halte ich für überflüssig. Dr. Reimann (Kiew).

Vermischtes.

— Das Stadthaupt, Herr Lichatschew, so berichtet der „Wratsch" in seiner № 12, (Nowosti, 18. März), fährt fort, auf seiner unerlaubten Auslegung zu beharren, als ob der Mangel an Plätzen in den städtischen Hospitälern dadurch erklärt werde, dass, nach dem Vorfall mit Dr. Dreypölcher, die Aerzte *mit übertriebener Nachsicht* jetzt Kranke aufnehmen. Gleichzeitig mit dieser, durchaus unbewiesenen Beschuldigung hat aber Herr Lichatschew eine *Thatsache unabsichtlich* mitgetheilt, welche wirklich besteht, nämlich dass nach der Verurtheilung des durchaus unschuldigen Dr. Dreypölcher, die Kranken zuweilen sehr dringlich in den Fällen werden, in welchen sie von den Aerzten nicht ins Krankenhaus aufgenommen werden können. Dann erlauben sich die Kranken oder deren Begleiter recht häufig grobe Ausfälle gegen die Aerzte. Auf diese Weise erscheinen die Aerzte wiederum als Sündenböcke für Sünden Anderer.

Als Illustration hierzu erlaube ich mir eine Begebenheit aus dem Obuchow'schen Hospitale mitzutheilen, welche sich am 27. Januar d. J. abspielte und ihr Ende nächstens vor dem Bezirksgerichte finden wird. An diesem Tage, Abends 11 Uhr, wurde die Kleinbürgerin Bogdanowa in das genannte Hospital gebracht wegen einer Verletzung am rechten Beine, die angeblich dadurch entstanden war, dass sie von der Pferdebahn überfahren worden. Der dejourirende Arzt, Dr. A. E. Jagodinsky, der mir die Veröffentlichung dieses Falles und Einblick in das am 10. März aufgesetzte Protokoll beim Untersuchungsrichter freundlichst gestattete, forderte die Kranke auf, die verletzte Extremität zu entblössen, um eine etwaige Verletzung zu untersuchen, bez. zu behandeln. Sie weigerte sich unter vielem Geschrei standhaft gegen diese Bitte, so dass Dr. Jagodinsky mit möglichster Schonung, nach Zerreissen der Kleider, Röcke und Hosen entfernen musste, um in der Mitte des rechten Oberschenkels 2 blutige Flecke von der Grösse eines silbernen Fünfkopekenstücks zu constatiren; ob ein Bruch des Oberschenkels vorhanden war, konnte wegen der Ungeberdigkeit der Kranken nicht bestimmt werden. Nach Mitternacht war die Untersuchung beendigt und die Kranke mit einem Eisbeutel auf den Sugillationen in die Sortirabtheilung gelegt worden, in welcher alle Kranken vor ihrer Vertheilung in die anderen Abtheilungen zuerst gelangen. Um 1 Uhr Nachts wird Dr. Jagodinsky gemeldet, dass ihn zwei Besucher der Bogdanowa zu sprechen wünschen, die dejourirende Feldscherin Pulizyna meldet dabei, dass die beiden Herren in der Sortirabtheilung bedeckten Hauptes, rauchend, sehr stark lärmen. Der eine von den Herren, Schenkewitsch, fragte Dr. Jagodinsky, ob bei der Kranken Chirurgen zu Rathe gezogen worden seien und ob die Kranke ins Marienhospital übergeführt werden könne, worauf J. verneinend antwortete, da die Verletzung eine unbedeutende sei und man Nachts keine Ueberführung vornehmen könne. J. fügte hinzu, dass die Untersuchung wegen des dabei von der Kranken geleisteten Widerstandes eine sehr schwierige gewesen sei, er hätte zwei Stunden gebraucht, um *ihr* die Hosen abzunehmen. Da fing Schenkewitsch an zu schreien: man müsse *ihnen* und nicht ihr (съ нихъ, а не съ нее) sagen und erlaube er nicht, dass Dr. J. hier ebenso grob mit der Kranken verfahre, wie vorher im Aufnahmezimmer. Auf die Erwiderung des Dr. J., dass er ihn bitte, das Hospital zu verlassen, nannte Schenkewitsch ihn einen Knaben und garstigen Menschen (мальчишка и мерзавецъ), fuchtelte mit einem Stocke vor dem Gesichte des Dr. umher und schrie, er würde ihm schon zeigen was ihm geschehen würde, habe er denn vergessen, wie Dr. Dreypölcher *verurtheilt worden sei?* Diese Scene schloss mit einem polizeilichen Protokoll. Dr. Jagodinsky hat den Herrn Schenkewitsch wegen Injurie während der officiellen Ausübung seines Amtes verklagt. — Ob Herr Schenkewitsch wohl freigesprochen wird?! Hz.

— Am 24. Februar hat die in Kortschew tagende Twer'sche Bezirksgerichtsabtheilung den Landschaftsarzt Dr. Tscholkin zu 10 Rbl. Strafe und in die Gerichtskosten verurtheilt, weil er einem kranken Bauer keine ärztliche Hülfe geleistet hat. Der sehr lehrreiche Sachverhalt ist folgender. In das Goritz'sche Landschaftshospital mit 10 Betten meldet sich ein schwindsüchtiger Bauer zur Aufnahme, da aber in dem Hospital anstatt der 10 Betten schon 12 belegt waren, wurde er abgewiesen und starb, bevor er sein Heimathsdorf auf dem Rückwege erreicht hatte. Auf diese Weise ist wiederum ein Arzt unschuldig schuldig geworden und muss für Andere büssen, welche für die gehörige Anzahl von Belegräumen zu sorgen hatten. Dr. Tscholkin hatte weder das moralische, noch das juridische Recht, Kranke wie die Häringe in einer Tonne zusammen zu pferchen, für die Nichtaufnahme eines Kranken wurde er aber vor die Schranken des Gerichts gestellt! (W. № 12).

— Die Folgen der ungerechten Verurtheilung Dr. Dreypölcher's machen sich bereits geltend. Wie das Stadthaupt Lichatschew in der Dumasitzung zugegeben hat, treten die in den Hospitälern Aufnahmesuchenden und deren Begleiter seit dem Process Dreypölcher häufig anmaassend und drohend gegen die Aerzte auf, wenn diese ihnen aus triftigen Gründen die Aufnahme verweigern müssen. Ein solcher Fall ist vor Kurzem im hiesigen Marienhospital (Liteinij-Prospect) vorgekommen, wo der dejourirende Arzt Dr. Krutezki im Empfangszimmer des Hospitals von der die Patientin begleitenden Frau eines Collegienraths Ssolowjew in solcher Veranlassung mit Schmähungen und Drohungen überhäuft wurde und überdies von dieser Frau noch criminell belangt worden ist.

Die Administration des Hospitals hat ihrerseits gegen Frau Ssolowjew eine Klage auf Ruhestörung und Anstiftung von Unordnung in dem Empfangszimmer des Marienhospitals erhoben, welche am 26. März beim Friedensrichter des XII. Bezirks auch schon zur Verhandlung gelangte, auf Ansuchen des Advocaten der Angeklagten aber behufs Zeugenbeschaffung aufgeschoben wurde.

— Am 27. März hielt die «*St. Petersburger Gesellschaft von Anhängern der Homöopathie*» ihre Jahresversammlung im Dumasaale ab, unter Vorsitz A. A. Basilewski's, eines eifrigen Anhängers der Hahnemann'schen Lehre. Die Gesellschaft zählt gegenwärtig c. 600 Mitglieder, unter denen das weibliche Geschlecht die Mehrzahl bildet, und unterhält eine ambulatorische Heilanstalt, sowie eine eigene homöopathische Apotheke, welche im verflossenen Jahre für den Verkauf von Arzeneien eine Einnahme von 20,715 Rbl. erzielt hat — in der That eine recht hübsche Summe für die homöopathischen «Nichtse», welche sie verabfolgt! Die Gesammteinnahme der Gesellschaft beläuft sich auf mehr als 27,000 Rbl., darunter eine Allerhöchst der Gesellschaft gewährte Unterstützung im Betrage von 500 Rbl. Ausserdem besitzt die Gesellschaft bereits ein Capital von ca. 85,000 Rbl., welches für die Errichtung eines homöopathischen Hospitals zum Andenken an den verstorbenen Kaiser *Alexander II.* bestimmt ist. Fast die Hälfte dieses Capitals (nämlich 36,000 Rbl.) ist von den Ingenieuren und Beamten der Wegecommunication gesammelt worden und zwar für eine wohlthätige Stiftung zum An-

denken an Kaiser *Alexander II.* Warum dieses gesammelte Geld der homöopathischen Gesellschaft übergeben ist, ist nicht recht verständlich, da man doch nicht annehmen kann, dass alle Ingenieure und Beamte, welche im Ressort der Wegecommunication dienen, eo ipso Anhänger der Homöopathie sind und in Krankheitsfällen in dem homöopathischen Hospital Hülfe suchen werden. In dem projectirten Hospital sind nämlich 6 Freibetten für Dienende des Ressorts der Wegecommunication bestimmt.

Die homöopathische Gesellschaft recrutirt ihre Mitglieder vorzugsweise aus den wohlhabenden und höheren Gesellschaftsschichten, namentlich unter den Frauen derselben. Zum Präsidenten der Gesellschaft wurde auf der Generalversammlung an Stelle des schwerkranken D. J. Shurawski, der Gehülfe des Reichscontroleurs Senateur T. J. Filippow, zu Verwaltungsgliedern Contre-Admiral W. G. Bassargin und Generalmajor D. A. Zickeln gewählt.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 20. März d. J. 6786 (55 mehr als in der Vorwoche), darunter 478 Typhus- (104 weniger), 782 Syphilis- (21 weniger), 56 Scharlach- (12 weniger), 23 Diphtherie- (2 weniger) und 6 Pockenkranke (4 weniger als in der Vorwoche).

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 27. März d. J. 6697 (89 weniger als in der Vorwoche), darunter 505 Typhus- (27 mehr), 786 Syphilis- (4 mehr), 60 Scharlach- (4 mehr), 22 Diphtherie- (1 weniger) und 7 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

— *Verstorben*: 1) In St. Petersburg der Arzt an einem Armenhause hierselbst, Staatsrath Dr. Jefremow. 2) In Kischinew am 14. März der Ordinator am dortigen Gouv.-Landschaftshospital, Dr. Leon Bernstein, im 29. Lebensjahre an den Folgen von Pyämie, die er sich durch eine Verletzung der Hand bei der Section einer an Puerperalfieber verstorbenen Kranken zugezogen hatte. Der Hingeschiedene, welcher seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten hatte und zur weiteren Vervollkommnung in der Geburtshülfe und Gynäkologie seine Studien in Wien fortsetzte, erfreute sich allgemeiner Achtung sowohl bei seinen Patienten, als auch bei den Collegen. 3) In Orel der dortige Arzt A. Baturski an Phthisis. 4) Der Oberarzt der Festungsartillerie in Iwangorod, Collegienrath Georg Popowitsch. 5) Der Reserve-Militärarzt Andr. Wladimirow. 6) Im Kreise Alatyr der Landschaftsarzt A. Polubojarinow, 29 Jahre alt. Er hat seine Frau mittellos hinterlassen. 7) In Paris Dr. Martineau, Herausgeber der «Annales médico-chirurgicales» und Arzt am Hôpital de Lourcine, im 52. Lebensjahre. 8) In Madrid der Professor der Geburtshülfe an der dortigen med. Facultät, Dr. Torres.

— Der ausserordentliche Professor der allgemeinen Pathologie an der Universität Charkow, Dr. S. Kostjurin, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der langjährige verdienstvolle Präsident des College of Physicians in London, Dr. Jenner, ist von dieser Stellung zurückgetreten. Zu seinem Nachfolger wurde Sir Andrew Clark gewählt.

— Dem Professor der Physiologie in Erlangen, Dr. Rosenthal, ist in *Boston* (Nordamerika) aus dem «*Elizabeth Thompson Science Fund*» ein *Preis* im Betrage von 500 Dollars für seine Untersuchungen über die animalische Wärme im gesunden und kranken Körper zuerkannt worden.

— Vom 4.—7. April n. St. tagte in Berlin der *XVII. Congress der «deutschen Gesellschaft für Chirurgie»*, welcher, wie immer, recht zahlreich besucht war, namentlich auch von ausländischen Chirurgen. Aus Russland nahmen, so weit uns bekannt, Prof. von Wahl aus Dorpat und Dr. Bergmann aus Riga an dem Congress Theil. In der Eröffnungsrede machte der d. Z. Vorsitzende, Geheimrath E. v. Bergmann u. A. die Mittheilung, dass gegenüber dem von der Berliner medicinischen Gesellschaft angeregten Plan der Errichtung eines Denkmals für den verstorbenen Präsidenten v. Langenbeck neuerdings ein Vorschlag gemacht worden sei, für welchen, Dank der Initiative der *Kaiserin-Wittwe Augusta*, alle Aussicht auf Verwirklichung vorhanden sei. Es wird nämlich beabsichtigt, mit Zuhülfenahme des nicht unbeträchtlichen Capitals der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, ein «*Langenbeck-Haus*» zu begründen, in welchem nicht nur der Chirurgencongress, sondern auch alle übrigen Berliner medicinischen Vereine ihr Heim aufschlagen sollen.

Am Tage vor der Eröffnung des Chirurgencongresses veranstaltete die deutsche Gesellschaft für Chirurgie gemeinschaftlich mit der Berliner medicinischen Gesellschaft eine *Gedächtnissfeier zu Ehren* Bernhard v. Langenbeck's, welche sich zu einer grossartigen Ovation für den heimgegangenen Chirurgen gestaltete. Der Saal in der Philharmonie, wie die Allg. m. Centr.-Ztg. berichtet, war entsprechend decorirt und auf der Bühne auf schwarzem Sockel die Colossalbüste des Gefeierten, umgeben von einem Wald exotischer Gewächse, aufgestellt. Vor der Büste stand die schwarz drapirte Rednerbühne, mit vergoldeten Palmenwedeln und einem Hyacinthenkranz, der Ehrengabe der Grossherzogin von Baden, geschmückt. In Vertretung der deutschen Fürsten erschien der Grossherzog von Baden und im Auftrage der Kaiserin Augusta der Cabinets-Rath und Kammerherr von Knesebeck. Dieselben nahmen in der grossen Königsloge Platz. Die Regierung war durch die Minister v. Gossler, Dr. Lucius und v. Friedberg, durch Unterstaatssecretär Lucanus, Ministerial-Director Greiff u. A. vertreten. Ausserdem waren erschienen der Kriegsminister Bronsart von Schellendorff, der commandirende General des Gardecorps v. Pape, der Stadtcommandant von Berlin, Graf Schieffen, der General-Quartiermeister v. Waldersee, General v. Rauch u. A. Zu Seiten der Rednerbühne nahmen die Vorstandsmitglieder, im Saale, ausser den Universitäts-Professoren, die übrigen Mitglieder der beiden Gesellschaften Platz. Die Ehrenplätze vor dem Podium waren von der Familie des Heimgegangenen, von welchen der Sohn Major v. Langenbeck und die beiden Töchter, die Gräfin Hardenberg und Frau von Bode, erschienen waren, eingenommen. Die Gallerie war von zahlreichen Damen besetzt. Die Sänger der Königlichen Hochschule für Musik eröffneten und schlossen die ernste Feier mit stimmungsvollen Gesängen. Prof. v. Bergmann hielt die Festrede, in welcher derselbe Langenbeck's Verdienste um die Wissenschaft im Allgemeinen, die Chirurgie im Besonderen, die Kriegs-Chirurgie und das Vaterland in inhaltsvollen Worten würdigte.

— Pasteur hat bekanntlich zur Vernichtung der Neu-Süd-Wales und Neu-Seeland verheerenden Kaninchen den Vorschlag gemacht, um einen bestimmten Platz, an welchem die Kaninchen ihre Nahrung suchen, eine transportable Barrière zu errichten, innerhalb welcher das Futter mit Reinculturen von Bacillen der Hühnercholera getränkt sein soll. Da Kaninchen für diese Krankheit sehr empfänglich sind, so würden dieselben nach Aufnahme des Giftes in den Darm an verschiedenen Orten zu Grunde gehen und die Krankheit auch auf andere Kaninchen übertragen. In den «Annales de l'Institut Pasteur» berichtet nun Pasteur über eine Reihe von Versuchen, durch welche dieser Vorschlag sowohl experimentell als auch in praxi sich glänzend bewährt hat. Es konnte nämlich durch Versuche festgestellt werden, dass nicht nur die Kaninchen, welche die Bacillen der Hühnercholera mit der Nahrung zu sich genommen hatten, sehr bald starben, sondern auch, dass von den mit so inficirten Thieren zusammenlebenden Kaninchen die meisten an derselben Krankheit zu Grunde gingen. Seinen Vorschlag praktisch durchzuführen, gelang Pasteur in dem der Wittwe *Pommery* in Reims, Besitzerin des berühmten Champagnergeschäftes dieses Namens, gehörigen oberhalb ihrer Kellereien belegenen Park. Die in denselben gebrachten Kaninchen hatten sich so rasch vermehrt und unterminirten derart den Boden, dass die Besitzerin deren Ausrottung wünschen musste. Die Kaninchen waren aber aus den Kreidehaufen, in welche sie sich flüchteten, nicht herauszubringen, so dass Frau *Pommery* Pasteur aufforderte, seinen obenerwähnten Vorschlag praktisch zu verwerthen. Der Versuch gelang vollkommen. Am 23. December wurde das Futter mit einer frischen Cultur von Bacillen der Hühnercholera befeuchtet und nach wenigen Minuten war dasselbe von den Thieren verzehrt. Schon am nächsten Tage fand man 19 Leichen ausserhalb der Höhlen, zwei Tage später wieder 13 und am 27. December berichtete Frau *Pommery* an Pasteur: «Der Futterklee, welcher um die Höhlen gelegt wurde, ist unberührt, der frisch gefallene Schnee zeigt keine Spur einer Kaninchenpfote, Alles ist todt». Seither war kein Kaninchen mehr zu sehen, in allen Kreidehaufen fand man 4—5 Leichen. Die Arbeiter beziffern die Zahl der Kaninchen, die täglich die 8 grossen Heubündel verzehrten auf mehr als 1000.— Pasteur bewirbt sich nun um den Preis von 625,000 Frcs, welchen die Regierung von Neu-Süd-Wales für die Entdeckung eines wirksamen Mittels zur Ausrottung der Kaninchen ausgesetzt hat. (Wiener med. Presse).

— In der „Canada Lancet" veröffentlicht ein Arzt folgende von *Amadée Latour* herrührenden *Lebensregeln eines Arztes*: Das Leben ist kurz, die ärztliche Kunst schwierig, die Collegialität trügerisch. — Praxis ist ein Feld, das mit Takt bestellt werden muss. — Der Arzt, welcher seine Praxis vernachlässigt, gleicht einem Liebhaber, der sich um seine Geliebte nicht kümmert; er kann sicher sein, dass ein Anderer schnell bereit ist, sich an seine Stelle zu setzen. — Wer einen lästigen Kranken los werden will, braucht nur ihm die Rechnung zu schicken. — Der Kranke, welcher seinen Arzt bezahlt, thut nur seine Schuldigkeit. — Die nicht bezahlenden Personen pflegen ihren Arzt zu tyrannisiren. — Derjenige Arzt, welcher ausser dem Honorar von seinen Kranken noch Dankbarkeit erwartet, gleicht dem Wanderer am Ufer des Flusses, welcher wartet, bis dieser aufhört zu fliessen, um trocken ans jenseitige Ufer zu gelangen. — Bescheidenheit, Offenheit, Wahrheitsliebe, sonst anerkennenswerthe Tugenden, taugen nichts am Krankenbett. Offenheit wird als Unentschlossenheit, Bescheidenheit als Vertrauensmangel, Wahrheitsliebe als Grobheit angesehen. — Die Hauptaufgabe des Arztes besteht darin, sich in derartigen Grenzen zu halten, dass er geachtet sich Vertrauen erwirbt, ohne in den Verdacht eines aufgeblasenen, eingebildeten Prahlers zu fallen. — Stets muss der Arzt den Schein erwecken, als ob er Alles für seinen Kranken thut, wenn auch wenig oder gar nichts geschieht. — Mit gleichem oder geringerem Talent wird der sauber und feingekleidete, manierliche Arzt einen Vortheil vor dem unmanierlichen, unsauber und schmutzig gekleideten erreichen. (Med. chirurg. Rundschau).

— Prof. Bianchi (Weekly med. Rev.) empfiehlt zur *Magenausspülung* an Stelle alkalischer Lösungen *Chloroformwasser*, welches die Schmerzen und die Intoleranz des Magens durch seine antifermentative Wirkung auf den sich zersetzenden Mageninhalt und durch die Reflexwirkung des Wassers verringert; unliebsame Symptome hat B. nie beobachtet. (Albany medic. Annals № 1). Hz.

Дозв. ценз. Спб. 1 Апрѣля 1888 г. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 15. St. Petersburg, 9 (21.) April 1888.

Zur Actinomycose. Zweigbacterien im Harn.

Von

Dr. med. Egbert Braatz.

(Schluss.)

Sehen wir uns nun zugleich danach um, ob ausser den beiden bisher erwähnten Zweigbacterien nicht noch andere und vielleicht gar pathogene, zur Cladothrixform gehörige Bacterien beobachtet sind.

Hier finden wir zunächst, dass A. Graefe[9]) im Jahre 1855 in den Thränencanälchen des menschlichen Auges Concremente von engverfilzten Pilzmassen beschrieben hat, welche er als Favuselemente ansah, die aber, wie man nach späteren, ähnlichen Untersuchungen annehmen muss, zur Cladothrix in naher Verwandtschaft stehen. Denn 1869 theilte Förster einen ähnlichen Fall mit und schickte einige von solchen Pilzmassen zu F. Cohn. Dieser entdeckte dann, dass diese Pilze *Verzweigungen* zeigten. Die Aeste waren theils gerade, theils zierlich korkenzieherartig gewunden.

Weiter hat Rosenbach auf dem XVI. Chirurgencongress (1887) eine sehr interessante Mittheilung gemacht. Er untersuchte die unter dem Namen «chronisches Erysipelas», «wanderndes Erythem» bekannte Wundinfectionskrankheit: «Wie ein Erysipel verbreitet sich mit scharfer Grenze eine dunkelrothe, oft livide, oberflächliche Infiltration der Haut sehr langsam; z. B. von der Fingerspitze bis zum Metacarpus in 8 Tagen und in derselben Zeit von hier bis zum Handgelenk. Die ergriffenen Stellen jucken und prickeln. Allgemeinbefinden und Körpertemperatur werden nicht beeinflusst». Die Affection, welche bei Leuten auftritt, die mit allerlei, von todten Thieren stammenden Stoffen gewerbsmässig zu thun haben, verschwindet nach 1—2—3 Wochen spontan.

Was das Mikrobion betrifft, welches die Krankheit verursacht, so fand R., dass das ursprünglich vorhandene kokkenähnliche Körperchen in der Cultur zu einem Faden auswächst, der theils gerade, theils spiralige *Seitenäste* trägt. Es handelte sich hier, wie in allen bis jetzt beobachteten Fällen, wo von Cladothrix die Rede ist, um eine mehr oder weniger enge Anlehnung der Seitenäste an den Hauptstamm, also um eine sogenannte unechte Dichotomie, welche indess manchmal selbst bei starker Vergrösserung kaum als solche zu erkennen ist. Oft sah R. die Fäden in einem Punct endigen, welcher, da er häufig besonders dick war und sich nicht mehr färbte, von R. als Spore aufgefasst wurde. Soviel man jedoch aus der Schilderung entnehmen kann, sind diese Gebilde wohl wahrscheinlicher Degenerationsformen gewesen, welche den Farbstoff ja ebenfalls schlechter annehmen als Fäden.

Rosenbach hat sich die betreffende Cultur selbst auf seinem eigenen Oberarm mit Erfolg eingeimpft, da mehrere derartige Versuche an Kaninchen fehlgeschlagen waren.

Ganz wider Erwarten sollte ich jene öfter erwähnten, zierlichen Zweigformen zu Gesicht bekommen und zwar im Urin unserer Actinomyceskranken.

Schon in einem Tropfen, der, mit der Pipette dem Bodensatze entnommen, ohne jede besondere Präparation oder Färbung unter das Mikroskop gebracht wurde, sah man bei einer Vergrösserung von 305 (Seibert Obj. V. Ocul. I) zahlreiche, gablig verzweigte Fäden von verschiedener Länge. Färben mit Anilinfuchsin nach vorausgegangener gewöhnlicher Procedur lieferte mir eine ganze Reihe schöner, charakteristischer Präparate, aus welchen ich verschiedene Stellen abgezeichnet und auf Fig. *E* zusammengestellt habe. Um nun ganz sicher darüber zu sein, wo diese Zweigfäden ihren Sitz haben, und dass sie nicht etwa aus der Vagina stammen, verfuhr ich in der Weise, dass ich die Urethralöffnung der Kranken bei auseinandergespannten Labien zuerst gründlich mit einem in Borsäurelösung getauchten Wattebausch reinigte und darauf den Urin mit einem durch Sublimat sterilisirten Gummicatheter in eine vorher mit Sublimatlösung sorgfältig gereinigte Flasche leitete. Dieser Urin enthielt ebenfalls eine Menge derselben Zweigfäden. Auch Degenerationsformen waren vorhanden; einige der charakteristischsten zeigt Fig. *E* 1 bei einer Vergrösserung von ca. 1000. Die degenerirten Keulen haben den Farbstoff viel schlechter aufgenommen, als die tiefrothen Fäden; sie erscheinen in hellem Rosa. Scheiden konnte ich nicht auffinden. Die

[9]) S. Löffler: Vorlesungen über die geschichtliche Entwicklung der Lehre von den Bacterien, pag. 159. 1887.



Fig. E. Zweigbacterien aus dem Harn von Actinomyceskranken.

Fäden sind recht lang, bis 160 μ (dreimal so lang als z. B. die längsten Bacillen des malignen Oedems).

Diejenigen Bacillen, welche offenbar von den Fäden abstammen und zum Theil noch mit ihnen zusammenhängen, sind etwa so lang wie Tuberkelbacillen, aber dicker wie diese. Doch schwankt ihre Länge erheblich.

Auch wir hätten in unserem Falle die Diagnose aus der charakteristischen Härte in der Umgebung des Höhlengeschwürs stellen können, wie sie hier in hinreichender Derbheit vorhanden war. Aber wir sind auf eine solche Diagnose nicht angewiesen, wir sehen, dass die Bacillen, welche wir im Eiter fanden, eine so grosse Uebereinstimmung mit den von Babes beschriebenen haben, dass man an ihrer Bedeutung für die Aetiologie der Actinomycose nicht zweifeln kann.

Ausserdem möchte ich aber auf eine Eigenthümlichkeit der Actinomycesbacillen hinweisen, die bisher unbeachtet geblieben ist, die mir aber eine diagnostische Bedeutung zu haben scheint. Ich meine ihre Anordnung in Reihen. Diese parallele Lagerung von 2, 3, 4 Bacillen, auch an Stellen, wo letztere ganz spärlich vorhanden sind, kehren in unserem Präparat so oft wieder und nehmen sich so auffallend aus, dass sie nicht Sache des Zufalles sein kann. Blicken wir auf die Entwickelung einer Cladothrix dich. zurück, so finden wir auch eine nicht unwahrscheinliche Erklärung für jenes sonderbare Verhalten. Wir sahen, dass die durch Zerfall der Fäden hervorgegangenen Bacillen aus den Scheiden reihenweise heraustreten. Wovon es abhängt, dass dieses Ereigniss ein Mal eintritt, das andere nicht, das lassen wir hier dahingestellt. Auch bei unserer Cladothrix aus dem Sputum des phthisischen Diabetikers finden wir ganz ähnliche Bilder (Fig. *D* 7), nur sind hier alle Dimensionen zehnmal grösser, sowohl bei den Fäden als bei den Bacillen. Wegen dieser Grösse sind sie hier aber auch nicht mit anderen Bacillen zu verwechseln und man kennt daher genau ihre Herkunft. Nach dieser Analogie kann man also mit Wahrscheinlichkeit auch auf die Gesetzmässigkeit der reihenförmigen Anordnung so vieler unserer Actinomycesbacillen schliessen.

Der Ort, wo sich der actinomycotische Herd in unserem Falle zuerst gebildet, ist nicht mit vollständiger Sicherheit zu bestimmen, weil die Anamnese dazu nicht ausreicht. Fassen wir die naheliegende Möglichkeit in's Auge:

I. Die Kranke hatte im vorigen Herbst einen Abdominaltyphus, bekam dann einen oberflächlichen Decubitus, in welchen aus der Streu, auf welcher sie während der Krankheit lag, der Actinomycespilz hineingelangte.

Dann wäre es ein Fall, wie er meines Wissens beim Menschen noch nicht vorgekommen ist [10]), wenn auch von Ponfick die Möglichkeit einer Infection durch die Hautdecke oder von einer Wunde aus hypothetisch angenommen wurde. Sonst war in den bis jetzt [11]) bekannten Fällen als Eingangspforten festgestellt: 1) Mund- und Rachenhöhle, 2) Respirationsapparat, 3) Intestinaltractus (Israel). Nur Johne hat bei Pferden eine actinomycotische Infection von der Operationswunde am Samenstrange aus beobachtet, wo die pathogenen Pilze aus der Streu hergekommen sein mussten.

Eine Infection aus der Streu während eines Typhus wäre in unserem Falle wohl die einfachste Annahme und die Möglichkeit eines solchen Herganges liegt hier nicht fern; andererseits sind die Durchfälle, welche sich an den Typhus anschlossen und zu welchen noch jetzt eine gewisse Neigung besteht, nach dieser Krankheit nicht etwas so Gewöhnliches, dass man ihnen keine Beachtung zu schenken hätte. Der Leib ist noch jetzt etwas aufgetrieben. Es ist also jene sechswöchentliche Krankheit nicht mit voller Sicherheit als Typhus festzustellen und daher ebensowenig die oben erwähnte Entstehungsart der Actinomycose.

II. Die Frau litt an einer Darmactinomycose, lag bei der äusserst mangelhaften Pflege, die sie in der That genossen hat, häufig in ihren eigenen Excrementen. Bald entstand am Kreuz ein oberflächlicher Decubitus, durch welchen aus ihrem Stuhl die Infection erfolgt ist. Darmactinomycose ist gelegentlich dem Abdominaltyphus so ähnlich, dass sie leicht mit ihm zu verwechseln ist. Ihr Verlauf ist manchmal ein sehr larvirter und einer sicheren Diagnose schwer zugängig. Sprechen solche Umstände auch nicht gegen die Annahme eines primären Ergriffenseins des Darmes, so ist doch andererseits dafür kein positiver Beweis zu liefern.

III. Das tiefe, actinomycotische Geschwür ist dadurch entstanden, dass zunächst von einem actinomycotischen Herd des Darmes aus eine Perforation nach aussen erfolgte, die ursprüngliche Communication verheilte und eine scheinbar rein äussere, wenn auch tiefe Geschwürshöhle übrig geblieben ist. Dieser Modus lässt sich mit Sicherheit von der Hand weisen: Eine Untersuchung per rectum, wobei der tastende Finger nach allen Richtungen weit über die entsprechenden Grenzen des äusseren Geschwürs bequem hinausgelangen konnte, ergab als Resultat, dass nirgends eine Spur einer Verhärtung oder Narbe zu fühlen war. Die Schleimhaut ist weich und leicht verschieblich. Schon auf den ersten Blick erkennen wir, dass die runde Geschwürshöhle sich an der Stelle findet, wo mit Vorliebe Decubitus entsteht. Da sie genau die Mittellinie einnimmt, so hätte eine Perforation von innen her durch die ganze Dicke des starken Kreuzbeinknochens hindurch stattfinden müssen. Dieses kann so gut wie sicher nicht der Fall gewesen sein. Auch die Anamnese, nach welcher sich zuerst eine Hautabschürfung mit Röthung gezeigt, spricht entschieden gegen den Durchbruch eines Darmgeschwürs. Somit gelangen wir schliesslich dennoch zu dem Resultat, dass hier die Actinomycespilze durch die äussere, wahrscheinlich vorher durch Druck insultirte und ihrer oberflächlichen Schicht entblösste Haut eingedrungen sind. Ob sie den Fäces, oder dem

[10]) Der Fall, welchen Dr. Majocchi (Rivistà clinica di Bologna. Lo Sperimentale, Fasciolo 11, 1882, citirt in Sachs' med. Alm. 1884) als Hautactinomycose aufgefasst hat, dürfte wohl mehr als unsicher sein. Ein Mensch bekam hinter einem Ohr eine furunkelähnliche Geschwulst und starb unter heftigem Fieber in 6 Tagen. Die Section lieferte eigentlich nur den Befund von metastatischer Pyämie. Die mikroskopische Untersuchung und die Culturen sind nicht dazu angethan die Diagnose auf Actinomycose irgendwie auch nur wahrscheinlich zu machen.

[11]) Baumgarten: Jahresbericht 1885—1886.

Strohlager entstammten, müssen wir unentschieden lassen, wahrscheinlicher ist der letztere Infectionsmodus. Dagegen können wir die Zweigbacterien im Harn mit grösster Wahrscheinlichkeit vom Eiter des actinomycotischen Geschwürs herleiten. Wenn man gesehen hat, wie der Eiter aus der Geschwürshöhle seinen Weg nach dem Damm zu nahm, so konnte man sich schon daraus leicht eine Vorstellung machen, auf welche Weise die Bacterien in die Harnröhre und von da in die Blase gelangt sein mochten. Im Verlaufe der Krankheit stellte sich aber die Richtigkeit jener Annahme fast mit der Sicherheit eines Experimentes heraus, denn mit der rapid fortschreitenden Heilung des Geschwürs verschwanden unsere charakteristischen Zweigformen vollständig aus dem Urin. Am 21. Januar waren sie in ihm noch vorhanden, am 4. und 8. Februar vermochten wiederholt angestellte Untersuchungen nicht eine einzige Zweigform mehr nachzuweisen. Gleichzeitig wurde der vorher recht trübe Urin fast vollständig klar.

Die Zweigfäden des Actinomycespilzes hatten in der Harnblase unserer Kranken keine irgendwie erheblichen Störungen hervorgerufen. Sie erinnern darin an die Bumm'schen Mikrokokken der puerperalen Cystitis, die, in die Blase gebracht, keine Reactionserscheinungen zur Folge haben, bis die Blasenschleimhaut auf irgend eine Weise verletzt wird. Die Zweigbacterien vegetiren in unserem Falle im Harn der Blase wie in einer Culturflüssigkeit, aber nur so lange sie aus dem Eiter des Geschwürs neuen Ersatz erhielten. Als die Quelle versiegte, konnten sie sich nicht weiter existenzfähig erhalten und verschwanden. Mit ihnen auch die Trübung des Urins.

Es können also die Bacterien der Actinomycose wahrscheinlich auf der gesunden Blasenschleimhaut ebensowenig geschwürserregend wirken, als die unverletzte äussere Haut für dieselben undurchdringlich zu sein scheint.

Bei der Behandlung unseres Falles versuchte ich zunächst ohne operativen Eingriff auszukommen, weil letzterer bei der grossen Ausdehnung der Härte um die Wunde wohl ein sehr eingreifender hätte werden müssen. Die gebräuchlichen Aetzmittel, deren Wirkung meist an ihre Concentration oder chemische Reaction gebunden ist, schienen mir hier, wo es sich um eine Wirkung in der Tiefe der Weichtheile handelte, nicht recht angezeigt. Daher machte ich mir eine Paste aus Salicylpulver und absolutem Alcohol (zu gleichen Theilen) von der Consistenz eines dünnen Breies. Davon, dass die Salicylsäure von eiternden Wundflächen gut resorbirt wird, habe ich mich vor mehreren Jahren selbst überzeugt, indem ich im Harn eines Kranken, dessen handgrosse Risswunde in der Kniekehle ich mit Salicylwasserberieselung behandelte, immer reichlich Salicyl nachweisen konnte. Ferner wird auch der Alcohol, in welchem sich die Salicylsäure ungemein leicht löst, von eiternden Wundflächen gut aufgenommen [12]). Von dieser Paste nun nahm ich eine reichliche Menge mit einem festen Wattebausch auf und drückte sie in die Granulationsflächen hinein. Es blieb dann nach dem Verdunsten des Alcohols ein weisser Niederschlag auf der Wundfläche zurück, der schorfartig haftete. Nach zwei Tagen war er wieder von der Wunde abgefallen und dieselbe Procedur wurde dann von Neuem wiederholt. Später geschah dieses immer seltener.

Die Veränderung, welche in den scheinbar ganz reactionslosen Granulationen vor sich ging, war eine höchst auffallende. Sie bekamen eine frische Röthe, die Höhle füllte sich in wenigen Tagen zum grössten Theil und jetzt ist nur eine ganz kleine Geschwürsfläche vorhanden, deren Niveau in dem der Haut liegt. Sie ist fast ganz von einem leicht anhaftenden Schorf bedeckt. In der Umgebung erkennt man an der rothen, jungen Narbe noch die einstige Ausdehnung des Geschwürs, dessen Ränder auch jetzt noch stellenweise eine etwa fingerbreite Härte zeigen. Die Patientin fühlt sich wohl und zufrieden. Die Durchfälle haben ganz aufgehört. Mit einem Cerussapflaster ist sie in ihre Heimath entlassen.

Libau den 25. Februar 1888.

[12]) Vergl. Chédevergne und Peronne: Paris 1870, citirt in (Ziemssen's Sammelwerk) dem Handbuch der Intoxicationen von Böhm, Naunyn und v. Boeck, pag. 90.

Referate.

British medical association. Fifty-fifth annual meeting. Proceedings of sections. (Discussion on the radical cure of hernia in the section of surgery). (Schluss.)

7) Banks berichtet über 106 Fälle von Radicaloperation. Da er für diese Operation keineswegs eine besondere Vorliebe hegt und es ihm vor Allem daran lag, überhaupt über die Leistungsfähigkeit derselben Klarheit zu erlangen, so hat er sich nur der einfachsten, Jedermann zugänglichen Methode bedient. Bei Inguinalhernien wurde der Sack herauspräparirt und möglichst hoch unterbunden und die Bruchpforte durch versenkte Drahtnähte geschlossen. Bei Schenkelbrüchen wurde auch das letztere unterlassen und bei Bauch- und Nabelhernien, wenn es anging, aus dem Sack eine Art Pfropf zum Verschluss der meist sehr weiten Bruchpforte gebildet. Von den erwähnten 106 Fällen betrafen 68 freie und 38 eingeklemmte Hernien. Letztere bieten zwar quoad vitam eine andere Prognose, unterliegen aber betreffs des Endeffectes der Radicaloperation selbstverständlich derselben Beurtheilung, wie erstere. Diese müssen ihrerseits auch in zwei Gruppen getheilt werden: solche von mässiger und solche von bedeutender und zum Theil enormer Grösse. Unter den 52 Fällen der ersten Gruppe war ein Todesfall direct durch den Shock der Operation bedingt. Der zweite betraf ein schwächliches tabetisches Individuum, 14 Tage nach der Operation, bei fast geheilter Wunde und Abwesenheit von peritonitischen Erscheinungen. Von den 16 Fällen der zweiten Gruppe starben 4; und zwar einer (bei welchem die Operation nicht vollendet werden konnte, weil in der geschrumpften Bauchhöhle eben kein Platz mehr war für die ganze enorme Masse vorgefallener Darmschlingen) an Collaps, zwei an Septicämie und einer an einem übersehenen Abscess, der barst und sich in's Peritoneum entleerte, als Pat. schon umherging und für gesund gehalten wurde. Auf die 38 eingeklemmten Hernien endlich kommen 3 Todesfälle, davon 2 in Folge des durch die Einklemmung selbst bedingten und schon vor der Operation ausgebildeten Collapses, und einer, betreffend einen alten Mann von 77 Jahren, an Septicämie und Bronchitis. Peritonitis war in keinem der 3 Fälle vorhanden. Das Endresultat konnte nach längerer Zeit (bis 6½ Jahre nach der Operation) constatirt werden bei 66 Fällen der ersten und dritten und bei 9 Fällen der zweiten Gruppe. Von jenen waren 44 vollkommen gesund, 1 wahrscheinlich gesund (wenigstens im Stande das Seemannsgewerbe auszuüben), 7 gebessert und 14 ungeheilt; von diesen 3 ungeheilt und 6 geheilt oder doch so weit gebessert, dass sie, meist mit einem Bruchband versehen, ihrer Beschäftigung nachgehen konnten. — Verf. hält es nicht für recht, die Radicaloperation auszuführen, so lange der Bruch noch bequem durch ein Bruchband zurückgehalten werden kann, und in der That war dies bei keinem seiner 68 Fälle möglich. Besonders strict hält er diese Beschränkung bei Kindern aufrecht, da hier das consequente Tragen eines Bruchbandes allein schon in den meisten Fällen zur Heilung genügt. Nur bei Schenkelhernien, namentlich mit angewachsenem Netz, gesteht er der Radicaloperation eine etwas weitergehende Berechtigung zu, da solche Pat. bekanntlich der Gefahr einer plötzlichen Einklemmung besonders ausgesetzt sind. Nach der Operation empfiehlt er stets ein leichtes Bruchband, da seine Misserfolge sich fast ausnahmslos auf frühzeitiges Weglassen desselben zurückführen lassen. Die Bruchbildung komme zu Stande auf Grund einer localen Schwäche der Bauchwandung, und diese werde auch durch die Operation nicht beseitigt. Insofern sei die Bezeichnung Radicalcur einfach verwirrend. Alles Zustutzen und Anfrischen der Bruchpforte halte er für äussersten Unsinn und graue Theorie. Selbst bei einer Inguinalhernie, wenn dieselbe erst gross genug sei, um die Operation zu indiciren, stelle der Leistencanal gewöhnlich schon ein grosses für 3—4 Finger durchgängiges Loch mit dünnen Rändern dar, dessen Vernähung überhaupt nur einen temporären Zweck für die Zeit der Wundheilung haben könne. [Es scheint uns klar, dass diese letzten Behauptungen des Vf. eine Berechtigung nur haben in Folge der Beschränkungen, die er sich bei der Auswahl seiner Fälle auferlegt. Ref.].

8) Macewen beschreibt eine vorzüglich ausgearbeitete Methode der Radicaloperation, die von ihm ursprünglich für Leistenbrüche bestimmt war, aber auch schon an einer Anzahl von Schenkelbrüchen erprobt worden ist. Der Bruchsack wird stumpf aus seiner Umgebung ausgelöst und zwar bis über den inneren Leistenring hinaus, ca. 1 Zoll rings um den letzteren. Bei congenitaler Leistenhernie trennt man denselben ungefähr 1 Zoll über dem Hoden quer durch und verwandelt den distalen Theil in eine Tunica vaginalis propria. Der proximale Theil dagegen wird entweder stumpf, wenn dieses ohne Maltraitement geschehen kann, oder, bei zu fester Verwachsung, durch zwei zu beiden Seiten des Samenstranges angelegte Längsschnitte von demselben bis an den inneren Leistenring scharf abgegetrennt und nun, wie bei einer acquirirten Hernie der ganze Bruchsack, weiter verwandt. Man näht nämlich zuerst am distalen Ende

des letzteren einen Faden fest und führt denselben dann proximalwärts bis zum abdominalen Ende des Bruchsackhalses mehrfach durch den Sack hindurch. Zieht man dann das freie Ende dieses Fadens an, so legt sich der ganze Sack in Falten und bildet dadurch ein Kissen, welches in toto bis hinter den inneren Leistenring reponirt und dort fixirt wird, indem man das freie Ende des Fadens mittelst einer gestielten Bauchnadel durch die Bauchdecken zieht. So entsteht, von der Bauchhöhle aus gesehen, vor dem inneren Leistenring nicht nur nicht die gewöhnliche trichterförmige Vertiefung, sondern sogar eine Vorwölbung, an welcher die bei intraabdominaler Drucksteigerung anprallenden Därme abgleiten müssen. Weiter wird dann der Inguinalcanal in folgender Weise geschlossen. Mittelst einer gestielten Nadel von passender Krümmung wird unter Controle des Zeigefingers der linken Hand ein Faden so durch die innere Umgrenzung des inneren Leistenringes geführt, dass eine Schlinge auf der abdominalen Seite derselben entsteht und beide Enden aus dem Canal heraushängen. Die letzteren werden dann einzeln armirt und etwas mehr nach aussen durch die vordere Wand des Leistencanals gezogen, so dass durch Knüpfung derselben der innere Leistenring geschlossen wird. Dieselbe Procedur wiederholt man dann eventuell noch im Verlaufe des Canals, jedenfalls aber am äusseren Ringe, wobei man sich vor endgiltiger Knüpfung der Fäden davon überzeugen muss, dass dadurch der Samenstrang nicht eingeklemmt wird. Endlich wird in den unteren Wundwinkel ein kurzes resorbirbares Knochendrain eingeführt und die Hautwunde geschlossen. Der Verband bleibt, wenn prima intentio eintritt, 2—3 Wochen lang liegen. Als Nahtmaterial benutzt Verf. Catgut und zwar für die Pfeilernaht schwerer, für die äussere Wundennaht leichter resorbirbares. Dasselbe darf nicht zu dünn sein, damit es nicht durchschneidet. Drahtnähte heilten in diesen vielbewegten Geweben erstens nur in einer Minderzahl von Fällen reizlos ein, und bewirkten zweitens doch keinen dauernden Verschluss der Bruchpforte, da sie eben so langsam durchschneiden, als noch eine Spannung der Gewebe durch sie hervorgerufen wird, und schliesslich also doch nur einen im besten Falle unschädlich, aber jedenfalls nutzlos eingeheilten Fremdkörper darstellen. — Während der Wundheilung erhält der Pat. ein Kissen unter die Kniee und ein zweites unter die Schultern, damit die Bauchdecken entspannt werden. Das Bett muss derselbe 4—6 Wochen hüten, seine Beschäftigung aber darf er nicht vor dem Ende des 2., und schwere Arbeit frühestens nach 3 Monaten wieder aufnehmen. Wird letztere durch den Beruf bedingt, so räth Verfasser das Tragen eines Bruchbandes an; desgleichen bei besonders schlaffen Individuen. Sonst hält er ein solches für überflüssig. — Nach dieser Methode sind 49 freie und 16 incarcerirte Leisten-, sowie 2 freie und 13 incarcerirte Schenkelhernien behandelt worden. Einen Todesfall hat Verf. nicht zu beklagen und nur einen einzigen Misserfolg, welcher sich durch gänzliches Darniederliegen der Wundheilung während einer intercurrenten Erkrankung erklärt. Weitere 13 Fälle sind ihm theils aus den Augen gekommen, theils noch zu frischen Datums; bei den übrigen 66 Fällen endlich wurde nach mindestens 6 Monaten, meist aber mehreren Jahren Radicalheilung constatirt.

9) Ball's Verfahren, welches er jedem anderen überlegen oder mindestens gleichwerthig erachtet, ist folgendes: Nach vollständiger Auslösung des Sackes (oder, bei congenitalen Leistenhernien, seiner proximalen Hälfte) bis über den inneren Leistenring hinaus, wird derselbe an seinem Halse mit einer breiten Zange gefasst und unter Controle des linken Zeigefingers fest zugedreht, wozu in der Regel 4—5 Umdrehungen genügen. Dann unterbindet man ihn mit Catgut möglichst hoch oben und fixirt ihn in torquirtem Zustande innerhalb des Canals durch zwei Seidennähte, die zugleich die Pfeiler und die äussere Haut vereinigen und über zwei senkrecht zur Wunde liegenden Bleiplatten geknüpft werden. Zur correcteren Vereinigung der Hautwunde können noch einige oberflächliche Knopfnähte hinzugefügt werden. Durch eine besondere Oeffnung wird ausserdem von der Wunde aus ein Catgutdrain nach der hinteren Fläche des Scrotums herausgeführt. Die Nähte werden nach 10—14 Tagen entfernt. Den unmittelbaren Effect dieser Procedur hatte Verf. Gelegenheit, an der Leiche zu studiren. Er fand an der peritonealen Seite der vorderen Bauchwand, entsprechend dem inneren Leistenring, eine leichte Prominenz und rings um diese das Peritoneum in eine Anzahl radiärer Falten gelegt, welche sich aber 4 Zoll in jeder Richtung ausdehnten und in zwei Fällen bis über den Leistenring der anderen Seite hinausreichten. — Verf. hat nach dieser Methode 22 freie Hernien ohne Todesfall operirt. Viermal erlebte er dabei Abscesse im Scrotum. Der weitere Verlauf konnte nur in einem Falle nicht verfolgt werden. Bei 18 der Patienten ist das Resultat seither ein vollkommen befriedigendes, und 3 sind wegen leichter Vorwölbung der Bruchstelle und fühlbarem Anprall beim Husten genöthigt, wieder Bruchbänder zu tragen. Keiner dieser Fälle ist bereits 4 Jahre alt. Das Tragen eines Bruchbandes nach der Radicaloperation hält Verf. nur dann für indicirt, wenn Neigung zur Recidivbildung bereits ausgesprochen ist. — Dieselbe Methode ist mutatis mutandis natürlich auch für andere Hernien anwendbar. Bei sehr kleinem Bruchsack kann die Torsion mechanisch sehr erschwert oder selbst unmöglich sein; solche Brüche kommen indess selten zur Operation. Bemerkenswerth ist ein übrigens nicht ganz vereinzelter Fall des Verfassers, wo durch Torsion des Sackes einer grossen rechtsseitigen Leistenhernie eine gleichzeitig links bestehende Bubonocele ebenfalls zum Schwinden gebracht wurde.

10) Robson's 22 Fälle betreffen zur einen Hälfte freie, zur anderen incarcerirte Hernien aller Arten. Das Alter der Patienten betrug zwischen 3 Monaten und 76 Jahren. Operirt wurde zweimal nach Wood; sonst stets mit Excision und Unterbindung des Sackes, wozu bei sehr weiter Bruchpforte noch die Pfeilernaht (meist mit Silberdraht) hinzugefügt wurde. Zwei der Patienten starben an Bronchitis, bei normalem localen Befunde, davon einer mit einer mobilen, der andere mit einer incarcerirten Hernie. Bei einem entstand ein Recidiv; von 5 ist angegeben, dass sie ein Bruchband tragen mussten, von den übrigen 14, dass sie das nicht nöthig hatten. Wie lange nach der Operation die Heilung constatirt wurde, ist aus der Tabelle des Verf. meist nicht ersichtlich. Derselbe spricht sich sehr kategorisch zu Gunsten der «offenen» Operationsmethode aus.

11) Murphy erzählt von einem Geisteskranken, der sich selbst seinen zum Glück nur Netz enthaltenden eingeklemmten Bruch fast vollständig mit dem Rasiermesser abgeschnitten hatte. Der Hoden musste entfernt werden. Radicalheilung wurde nach der Methode von Mitchell Bauks angestrebt und erreicht.

12) Puzey hat an 17 Patienten (= 24 mobile Hernien) die Radicaloperation ausgeführt. Soweit ihm bekannt, sei darunter kein Misserfolg; doch konnte das Endresultat nur bei 7 Patienten (= 11 Hernien) constatirt werden. Unter diesen fanden sich 9 tadellose Radicalheilungen und zwei nicht ganz befriedigende, in sofern nämlich eine gewisse Schwäche der Bauchwandung neben dem gut geschlossenen Leistenring vorhanden war. — Um den Bruchsack möglichst hoch oben zu unterbinden, hält Verf. den Finger innerhalb desselben und lässt die Ligatur durch einen Assistenten über die im Niveau des inneren Ringes befindliche Spitze hinausschieben. Die Pfeilernaht legt er nur bei besonders weitem Klaffen des äusseren Ringes an, und zwar stets mit Catgut. Ein besonderes Gewicht legt er auf eine (bis zu 2 Monaten) prolongirte Bettruhe der Patienten nach der Operation und sucht überdem für die erste Zeit die junge Narbe zu schützen, sei es durch ein leichtes Bruchband mit breiter, weicher Pelotte, oder einfach mittelst eines durch elastische Binde in Spicatouren befestigten Wattebausches. Für später indess strebt er die Möglichkeit an, das Bruchband auf die Dauer entbehrlich zu machen.

In der Discussion bemerkt Walsham, dass er seit 6 Jahren Radicaloperationen nach der Methode von Bauks ausführt und dabei keinen Todesfall und nur ein Recidiv bei einer grossen Umbilicalhernie erlebt hat. Zur Ligatur des Sackes benutzt er Känguruhsehnenfäden. Den Gebrauch eines Bruchbandes nach der Operation verwirft er. — Thomson (Dublin) spricht sich für die Torsion des Sackes nach Ball aus. — Wheeler hat verschiedene Methoden versucht, geht aber neuerdings stets praeparando vor. Seine Resultate sind seitdem sehr befriedigend. Er verwirft den Gebrauch von versenkten Drahtnähten und benutzt selbst Catgut bei Kindern und Seide bei Erwachsenen. In der Nachbehandlung wendet er, statt eines Bruchbandes, ein durch Bindentoureu fixirtes Kissen an. — Ward Consins erklärt sich zu Gunsten der Radicaloperation bei kleinen Kindern. Er sieht darin das einzige Mittel, die Zahl der Hernien beim kommenden Geschlecht zu vermindern und glaubt, dass angesichts der Gefahrlosigkeit der Operation binnen kurzem die Eltern ebenso dringend die Operation von Hernien, wie von Hasenscharten und Klumpfüssen ihrer Kinder verlangen werden. Er selbst hat in mehr als 50 Fällen operirt und in 30 davon seit mehr als einem Jahr bestehende Heilung constatirt, während die übrigen Fälle jüngeren Datums sind. Desgleichen hat er 10 meist schwere Fälle bei Erwachsenen operirt und darunter einige ausgezeichnete und dauernde Heilungen erzielt. Die Pfeilernaht legt er bei Kindern nie an. Zum Schutz der Narbe benutzt er bei denselben ein elastisches Luftkissen. — Kocher (Bern) hat gegen 70 Radicaloperationen ausgeführt und wenigstens in den Fällen, die frühzeitig genug operirt worden waren, sehr gute Resultate erzielt. Dass bei sehr grossen Hernien die Resultate schlechter seien, werde durch allzu langes Abwarten verschuldet und falle nicht der Operation zur Last. Zur Pfeilernaht empfiehlt er Seide oder Draht und warnt vor dem Gebrauch des Catgut. Seinen ganzen Beifall haben die Methoden von Macewen und Ball. G.

F. Lominsky: Zur Behandlung der Pustula maligna mittelst subcutaner Injectionen von Carbolsäure. (Wratsch № 3).

Verf. hat in 4 schweren Fällen von Pustula maligna die von Sharnowsky (Wratsch 1881 № 46 und 1884 № 35) empfohlene Carbolsäure mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt. Er wendet 2—3%ige Lösungen subcutan an (stärkere bewirken Gangrän der Haut) und zwar zu 4—6 Pravaz'sche Spritzen jedes Mal. Die Injectionen werden um die Pustel herum gemacht und zwar dort, wo die Haut ihre Empfindlichkeit noch nicht eingebüsst hat. Die Zahl der Wiederholungen hängt von der Intensität des Processes und der Individualität der Pat. ab. Zugleich hat Verf. noch Incisionen in die Pustel, Excisionen derselben, Cauterisation mit Carbolsäure in Substanz und mit Acid. nitr. fumans in Anwendung gebracht. N.

Van Santvoord: Zwei Fälle von Raynaud's Krankheit nebst Bemerkungen. (New-York Med. Record Jan. 14 1888).

Der erste Fall betrifft einen jungen Mann, in dessen Ascendenz Apoplexie sehr häufig vorgekommen war und welcher, ausser häufi-

ger Frostbeulen immer gesund gewesen. Als 18-jähriger Student bekam er von Zeit zu Zeit „todte Finger", wenn er in einem etwas kalten Zimmer sich beschäftigte, wobei er nur eine geringe Unbequemlichkeit und bei Wiederherstellung der Circulation Stechen in den Fingern empfand. Später sind diese localen Asphyxien nicht mehr vorgekommen, wohl aber hat er einen marantischen Thrombus mit nachfolgender embolischer Pneumonie durchgemacht und ist jetzt mit 34 Jahren ganz gesund.

Der zweite Fall wurde an einem 50-jährigen Weibe beobachtet, deren Mutter von Apoplexie befallen worden war. Sie hat oft an Intermittens gelitten und eine puerperale Erkrankung (vor 19 Jahren) durchgemacht. Vor 6 Monaten fing sie an abzumagern und stark an dumpfem Kopfschmerz ohne bestimmte Ursache zu leiden. Seit 30 Jahren hat sie „todte Finger", zuerst erkrankte der rechte Zeigefinger, allmälig wurden alle Finger und auch die Zehen zeitweilig asphyctisch und zeigten wächserne Blässe, welche nie die Finger oder Zehen überschritt; während des Anfalls wurden die Finger kalt, taub und etwas steif, was alles durch Bewegung der Finger oder Eintauchen derselben in warmes Wasser verging. Im November 1887 Necrose der 3. Phalange des rechten Zeigefingers, nachdem eine Onychie des rechten Ringfingers vorangegangen war; der Zusammenhang dieser Affectionen mit der localen Asphyxie wurde der Kranken erst durch V. S. klar gemacht.

Nach Durchsicht der neuesten Literatur über diesen Gegenstand kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Locale Asphyxie kann als Symptom verschiedener causaler Krankheiten vorkommen.

2) Die symmetrische Gangrän ist als eine Trophoneurose aufzufassen, bei welcher anatomisch bis jetzt nur periphere Neuritis nachgewiesen worden ist.

3) Wenn auch ein inniges Verhältniss zwischen Gefässkrampf und symmetrischer Gangrän nicht geleugnet werden kann, so scheinen die beiden Erscheinungen von einer gemeinsamen Affection abzuhängen und sich nicht zu einander wie Ursache und Wirkung zu verhalten.

Literatur. Dieulafoy. (Gaz. hebdom. 1886. XXIII. № 25, 26, 27; häufig bei Morb. Brighti gesehen). Pitres und Vaillard: (Arch. de Physiol. 1884. V. p. 103). Wiggleworth: (Lancet. 1887. Jan. 8). Weiss: Ueber symmetrische Gangrän. (Wien. med. Presse. 1882). Englisch: Ibidem 1878. XIX. p. 35). Raynaud: (Nouveau Dictionn. de Méd. etc. 1872). Duret: (France méd. 1876. p. 6). Raynaud: (Arch. général. 1874. Jan.). Southey: (London Clin. Soc. Transact. 1883). Barlow: Ibidem. Vulpian: (Clin. méd. de la Charité 1879. p. 879). Hz.

A. Hiller: Untersuchungen über die Brauchbarkeit porös-wasserdicht gemachter Kleiderstoffe für die Militärbekleidung. (Deutsch. Mil.-ärztl. Z. 1888. Heft 1).

Verf. hat das Verfahren „Gewebe der Kleider mit gewissen, in Lösung befindlichen Stoffen zu durchtränken (imprägniren), welche sich beim Trocknen auf der Faser des Gewebes niederschlagen und dem Gewebe wasserfeindliche Eigenschaften verleihen, ohne seine Durchgängigkeit für Luft zu beeinträchtigen", betreffs der Brauchbarkeit derselben für die Armeebekleidung einer Untersuchung unterzogen. Dabei hat er die von Pettenkofer (Zeitschrift für Biologie Band I, pag. 190 1865 „Ueber die Function der Kleider") angewandte Methode benutzt, bei der kreisrunde Stücke der zu untersuchenden Stoffe vor die Mündung eines weiten Glasrohrs luftdicht aufgesetzt werden und mittelst eines Gasometers unter gleichmässigem Druck Luft durch das Glasrohr getrieben wird. Die Menge Luft, welche in einer bestimmten Zeit durch das Rohr hindurch ging, gab den Maassstab ab für die Durchgängigkeit des Stoffes für Luft.

Es erwies sich, dass die Imprägnirung des Mantel-, Waffenrock-, Hosen- und Officier-Paletot-Tuches mit wasserabhaltenden Stoffen kein wesentliches Hinderniss für die Hautausdünstung des Körpers abgiebt. Darauf prüfte Verf. die Durchgängigkeit sämmtlicher preussischen Militär-Bekleidungsstoffe für Luft, und zwar — um gleichzeitig den Einfluss der Durchnässung (Regen) auf die Durchgängigkeit für Luft festzustellen — wurden die Stoffproben zum grösseren Theil im trocknen und im nassen Zustande geprüft. (Die Stoff-Proben wurden ½—1 Stunde lang auf Wasser gelegt, bis sie untersanken, dann herausgehoben und so lange senkrecht gehalten, bis kein Wasser mehr abtropfte). Es erwies sich, dass die wollenen Kleiderstoffe der Ausdünstung des Körpers ein weit geringeres Hinderniss entgegensetzen, als die baumwollenen und leinenen. Der Unterschied zwischen den Stoffen derselben Kategorie, z. B. den Tuchen und den baumwollenen Stoffen, ist offenbar im wesentlichen durch die verschiedene *Dichtigkeit des Gewebes* bedingt (Hemden-Kalikot 42, Flanellhemd 100, Barchend 98, wollener Strumpf 111 etc.).

Für die Permeabilität der Kleiderstoffe kommt nicht bloss die Dichtigkeit des Gewebes, sondern auch die Dicke der Gewebsschicht in Betracht. Um die Letztere zu messen, suchte Verf. das *Gewicht* der einzelnen Stoffe und ihre *Aufnahmefähigkeit* für Wasser (Absorptionsfähigkeit) bzw. ihre *wasserhaltende* Kraft zu ermitteln. — Von den festen wollenen Geweben (Tuche) zu Oberkleidern haben die feineren Tuchgewebe die grösste Aufnahmefähigkeit für Wasser, nächstdem das Hosentuch; von den lockeren wollenen Geweben zu Unterkleidern deckt sich durchweg das grössere Gewicht mit der grösseren Absorptionsfähigkeit für Wasser, wobei letztere diejenige der Tuche um ein Bedeutendes (etwa das Doppelte) übertrifft. Kalikot (Soldatenhemd) besitzt von allen untersuchten Bekleidungsstoffen die geringste Durchlässigkeit für Luft (42, gegen Flanell 100) und vermag bei geringerem Gewicht (182 gr. pro qm., gegen 331 g. Flanell) noch nicht ¹/₃ soviel Schweiss aufzunehmen wie ein Flanellhemd.

Schliesslich wurde die Prüfung der Durchgängigkeit wasserdicht gemachter Kleiderstoffe für Wasser vorgenommen. Verf. wandte künstlich nachgeahmten Regen in 3 Stärken: 1) feiner Sprühregen, 2) gewöhnlicher Landregen, mittelstark, 3) Gewitterregen (Platzregen) und dann die sog. Filtrirmethode (bei der in aufgespannte Stücke der Stoffproben Wasser gegossen wird) an. Beide Methoden ergaben ungefähr dasselbe Resultat, „es gelingt in der That, *dichtere* Tuchgewebe durch Imprägnation mit gewissen Stoffen in solchem Grade „wasserdicht" zu machen, dass sie einen fast ununterbrochenen, mittelstarken Landregen von 2½ stündiger Dauer aushalten, ohne durchnässt zu werden" (ausgenommen davon ist das leichte und auch für Luft in höherem Grade durchgängige Sommertuch für Officiere).

Gegen Platzregen boten nur die dickeren Tuchgewebe (Manteltuch, Hosentuch), und auch nur für eine ½ Stunde, Widerstand. — Bei der Prüfung der Aufsaugungsfähigkeit wasserdicht gemachter Kleiderstoffe für Wasser und ihre Durchgängigkeit für Luft im nassen Zustande, fand Verf., dass, während Durchnässung die Permeabilität der nicht imprägnirten Stoffe für Luft auf ein Mininum herabdrückt, bei den imprägnirten Stoffen durch Benetzung die Durchgängigkeit zwar deutlich vermindert, aber doch in keiner den Organismus schädigenden d. h. die Hautausdünstungen wesentlich hemmenden Weise beeinträchtigt ist. — Was die Methoden der Imprägnation betrifft, so giebt Verf. der Lösung „der essigsauren Thonerde" den Vorzug, besonders da durch dieselbe die Farbe, Festigkeit und Elasticität des Gewebes nicht wesentlich verändert wird. Der Preis für die Mäntel eines Bataillons (600 Mann) würde sich auf 42,30 Mark stellen. — Für grobleinene und hanfene Gewebe (Zelte etc.) empfiehlt Verf. Beizung mit heisser 2% Alaunlösung, 15 Minuten lang und darauf folgendem Eintauchen in heisse 3% Natronseife. — Als Beweis der Dauerhaftigkeit erwähnt schliesslich Verf., dass ein im Jahre 1875 imprägnirter Paletot sich 1882 noch wasserdicht erwiesen hat, nachdem er während 4 Stunden einem ununterbrochenen, meist feinen Landregen, ausgebreitet über die Füsse eines umgekehrten Lehnstuhls, ausgesetzt gewesen war. Das Nähere sehe man im Original nach. Die Arbeit verdient Beachtung bezüglich der Bekleidungs-Frage für die Armee. —i—

C. Posner und H. Goldenberg: Zur Auflösung harnsaurer Concretionen. Experimentelle Studien. (Zeitschrift für klin. Med. Bd. XIII. Heft VI).

Die Verf. sind bei ihren Untersuchungen der von Emil Pfeiffer angewandten Methode gefolgt, der, statt der zu prüfenden Mineralwasser, den Harn, der nach ihrem Gebrauch abgesondert wurde, benützte, um dessen Einwirkung auf Harnsäure zu studiren. Während Pfeiffer sich dabei nur chemisch reiner Harnsäure bediente, zogen die Verf. auch pulverisirte Concremente, harnsauren Gries, Steinfragmente und ganze Steine zum Vergleich heran. Sie stellten ferner, abweichend von P., ihre Versuche bei Körpertemperatur an und erstreckten dieselben nicht wie P. nur auf alkalische Säuerlinge, sondern stellten auch mit verschiedenen anderen Brunnen und mit gegen urathische Diathese und Steinbildung empfohlenen Medicamenten Prüfung an.

Die Verf. gelangen nach ihren Untersuchungen zu dem Resultat, dass die Mineralwasser die intensivste chemische Beeinflussung zeigen und gleichzeitig in vollkommenstem Maasse auf die Vermehrung und Verdünnung des Harnes wirken, und dass alle diese günstigen Wirkungen am reinsten und stärksten bei den Wassern von Vals (Désiréequelle) und Vichy (Grande Grille) ausgesprochen sind. Ihnen zunächst stehen die Wasser von Passugg und Fachingen, während die Kronenquelle von Salzbrunn und die Kalkquelle von Wildungen eine erheblich schwächere Wirkung haben.

Die Wirkung der Arzneikörper steht erheblich hinter der der Brunnen zurück und selbst das wirksamste unter ihnen, das kohlensaure Natron, müsste um den etwa im Vichy befindlichen Mengen gleichzukommen in einer Dosis (c. 5,0 täglich) gereicht werden, welche auf die Dauer schwerlich vertragen wird.

Eine Superiorität der Mineralquellen besteht auch noch in ihrem natürlichen Gehalt an freier und gebundener Kohlensäure, welche eine leicht saure Reaction des Harnes begünstigt, bei welcher, wie die Versuche der Verf. zeigen, die Wirkung der Brunnen am intensivsten war, während sie bei alkalischer Reaction ausblieb.

Was die Medication bei der urathischen Diathese anlangt, so empfehlen die Verf. bei acuten Verschlimmerungen oder im directen Anfall die Anwendung der kräftigsten Natronsäuerlinge Vals, Vichy oder von Arzneimitteln das Natron bicarbonicum in Dosen von 3—5 g. pro die, nächst ihm das Cantani'sche Pulver oder reines kohlensaures Lithion. Ist eine chronische Diathese zu bekämpfen, so soll Fachingen, Salzschlirf oder die schwächern Säuerlinge: Kronenquelle, Biliner angewandt werden. Auch bei ausgebildeten harnsauren Steinen, Gries, ist bei hinreichend langer Einwirkung eine directe Auflösung zu erwarten. Die Verf. sahen nach 6-tägigem Gebrauch von Fachinger Wasser reinen harnsauren Gries um 10 Procent seines Gewichts abnehmen. Auf Blasensteine ist die Einwirkung der Natronsäuer-

linge eine minimale, doch empfehlen die Verf. die Anwendung der Valser Quelle im Anschluss an die Zertrümmerung eines harnsauren Steines in der Blase zur Auflösung der etwa zurückgelassenen lithotriptischen Fragmente. J. Taube (Moskau).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Adam Politzer: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage, mit 285 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1887.

Ref. bittet die Leser der Wochenschrift sehr um Entschuldigung, dass er durch ein Versehen erst heute sie auf ein sehr gutes Buch aufmerksam macht, das schon vor einiger Zeit erschienen ist. Es ist das bekannte und bewährte Politzer'sche Lehrbuch für Ohrenheilkunde, das dieses Mal äusserlich in einem neuen Gewande erschienen ist. Durch Kürzungen und kleineren Druck hat Verf. die zwei Theile der ersten Auflage in einen Band von 570 Seiten zusammendrängen können. Dadurch hat die Handlichkeit des Buches entschieden gewonnen. Ebenso hat die Anordnung des Stoffes in demselben einige Veränderungen erfahren und, wie es Ref. scheint, nur zum Besseren.

Auf die Einzelheiten einzugehen und auf die Divergenzen mit des Autors Meinungen und Ansichten passt nicht in den Rahmen unserer Wochenschrift und ist Sache der Fachzeitschriften. Für das Gros des ärztlichen und des studirenden Publicums ist es auch nicht nothwendig. Andererseits hiesse es Eulen nach Athen tragen, wenn Ref. des Meisters Werk noch besonders empfehlen wollte. Nur zur angenehmen Pflicht rechnet er es, dem eben erwähnten Publicum die Anzeige vom Erscheinen des Werks zu machen, ebenso denjenigen Collegen und Verlegern, die sich mit Uebersetzen abgeben, es ans Herz zu legen, dieses Buch den nur russisch lesenden Collegen in einer dem Original entsprechenden Uebersetzung als Freund und Berather recht bald offeriren zu wollen. N.

Glax: Ueber die Neurosen des Magens. (Klin. Zeit- und Streitfragen № 6). Wien. Braumüller 1887. 31 S.

Verf. theilt mit Oser (die Neurosen des Magens und ihre Behandlung, Wiener Klinik 1885) die Magenneurosen in Motilitäts-, Sensibilitäts- und Secretionsneurosen. *Erstere* zerfallen in Hyperkinesien (die peristaltische Unruhe des Magens, die hyperkinetische Form des nervösen Aufstossens, das nervöse Erbrechen und die gastrischen Krampfformen) und in Hypokinesien (Atonie des Magens, die Insufficienz der Cardia und die des Pylorus). Zu den *Sensibilitätsneurosen* werden gerechnet: die Cardialgie und die Veränderungen des physiologischen Gemeingefühls, Hunger und Sättigung; zu den *Secretionsneurosen* die Vermehrung und Verminderung der Magensecretion. Jedes einzelne Kapitel wird in kurzer aber vollkommen genügender Weise abgehandelt und bei der Behandlung der Magenneurosen viele gute, aus eigener Erfahrung stammende Rathschläge gegeben. Ein ausführliches Literaturverzeichniss erhöht den Werth dieses sehr lesbaren Werkchens. Hz.

Руководство къ частной хирургiи для врачей и учащихся Д-ра Франца Кёнига. Переводъ съ четвертаго нѣмецкаго изданiя Д-ра Д. Г. Фридберга. Русское изданiе второе. Томъ III. Съ 91 рисункомъ. С.-Петербургъ 1887. Изданiе Карла Риккера.

Franz Koenig: Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende. Uebersetzung der 4. deutschen Auflage von Dr. D. G. Friedberg. II. russische Auflage. 3. Band. Mit 91 Abbildungen. St. Petersburg 1887. Verlag von Karl Ricker.

Mit dem vorliegenden Bande ist die zweite russische Auflage im Laufe nicht ganzer zweier Jahre abgeschlossen. Die Vorzüge des deutschen Urtextes, sowie der ersten russischen Uebertragung sind zu bekannt, um hier wieder hervorgehoben zu werden, beide haben durch ihre Vollständigkeit, Gedrängtheit und ruhige, klare Darstellungsweise das König'sche Lehrbuch zu dem gebrauchtesten Handbuch der Chirurgie mittleren Umfanges gemacht; in russischer Sprache giebt es sogar keine umfangreichere specielle Chirurgie neuen Datums, als die vorliegende Uebersetzung Die Ausstattung des Werkes ist durchaus elegant, wie wir das gewohnt sind an den Ausgaben im Verlage von C. Ricker, leider noch immer im Gegensatz zu den meisten russischen Verlagshandlungen. T.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte pro 1887.

Im Ganzen hielt der Verein 1887 16 Sitzungen (451—466. seit der Gründung), in welchen von 28 Mitgliedern 59 verschiedene Mittheilungen (darunter 9 zum Druck bestimmte Vorträge) gemacht, 10 Patienten, 21 Präparate und verschiedene Instrumente, sowie graphische Tabellen demonstrirt wurden. 15 mal knüpften sich an die gehaltenen Vorträge längere Discussionen.

Bezüglich der verschiedenen Disciplinen vertheilen sich die Mittheilungen folgendermaassen:

I. Chirurgie.

1) Dr. Plinatus: Ein Fall von Abscessus subphrenicus.
2) Prof. Monastyrski: Ein operativ geheilter Fall von Pyo-Pneumothorax.
3) Dr. Ebermann: Ein neues Instrument zum Beschneiden und Nähen der Vesico-Vaginalfisteln.
4) Doc. Tiling: Ein Fall von Laparotomie wegen Rectum-Carcinom.
5) Dr. Selenkow: Ueber Wundheilung unter dem feuchten Blutschorf.
6) Dr. Severin: Ueber Schienen aus Fournier-Holz.
7) Dr. Dombrowski: 2 Fälle geheilter tuberculöser Knieleiden.
8) Doc. Tiling: Ueber eine neue Methode der Gelenkresectionen.
9) Dr. Grimm: 1 Fall von Commotio cerebri.
10) Dr. Anders: Ueber die Eiterresorptionsfrage.
11) Dr. Dombrowski: Ueber Modification einer Methode der Blasenscheidenfisteloperation.
12) Dr. Schmitz: Eine neue Methode zur operativen Behandlung des Caput obstipum.
13) Dr. Schmitz: Ein operirter Fall von Urethralstein in einem Divertikel bei einem Knaben.
14) Doc. Tiling: Ein Fall von Reitknochen.
15) Dr. Petersen: Ein operirter Fall von Urethralstein in einem Divertikel bei einem Erwachsenen.

II. Innere Medicin.

16) Prof. Poehl: Ueber Prüfung des Magensaftes bei Magen-Carcinom.
17) Dr. Moritz: Ein Fall von ulceröser Endocarditis.
18) Dr. Haudelin: Ueber das Malaria-Virus.
19) Dr. Kernig: Ueber Rehabilitirung des Kreislaufes bei Tricuspidalis-Insufficienz.
20) Dr. Kernig: Mitralstenose mit deutlicher Tricuspidal-Insufficienz.
21) Dr. Kernig: Ein Fall von Hodgkin'scher Krankheit.
22) Dr. Mossin: Ueber Rhodankali im Speichel von Rauchern.
23) Dr. Moritz: Ein Fall von wiederholt recidivirendem Abdominaltyphus.
24) Dr. Moritz: Ein Fall von primärem Krebs der linken Lunge.
25) Dr. Kernig: Ueber Endotheliom der Pleura.
26) Dr. Kernig: Ein Fall von Leber-Carcinom.

III. Gynäkologie.

27) Prof. Bidder: Ein Fall von Ovariotomie.
28) Dr. Dombrowski: Ein Fall vaginaler Uterusexstirpation wegen Fibromyom.
29) Dr. Severin: Eine Ovariotomie bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahr.
30) Prof. Bidder: Ein Fall von lange zurückgehaltener, in seiner Entwicklung stehengebliebener Frucht.
31) Dr. v. Grünewaldt: Ueber vaginale Uterusexstirpation.
32) Dr. v. Grünewaldt: 2 Fälle vaginaler Uterusexstirpation.

IV. Kinderheilkunde.

33) Dr. Schmitz: 2 Fälle von Hydro-Encephalocele.
34) Dr. Reimer: Ueber Polyarthritis rheumatica bei Kindern.
35) Dr. Reimer: Ueber Lebercirrhose bei Kindern.
36) Dr. Arnheim: Ueber Wasserverdunstung der Haut bei partieller Lakirung derselben bei Kindern.
37) Dr. Gräbner: Ueber den Soxhlet'schen Apparat und die Kinderfütterung mittelst sterilisirter Milch im Findelhause.
38) Dr. Lunin: Ueber die Hindernisse bei der Entfernung der Tracheotomie-Canülen bei Kindern.

V. Pathologische Anatomie.

39) Dr. de la Croix: Ueber hochgradige cystöse Degeneration der Nieren und der Leber.
40) Dr. Petersen: Ueber Carcinom des Oesophagus und carcinomatös degenerirte Uterusfibrome.
41) Dr. Petersen: Bedeutend amyloid entartete Leber bei einem Knaben.
42) Dr. Moritz: Ein Fall von Pyelo-Nephrose mit Nierensteinen
43) Dr. Petersen: Magen-Carcinom und gleichzeitige Hydrosalpinx.

VI Pharmakologie.

44) Dr. Holst: Ueber die diuretische Wirkung des Nitroglycerin
45) Dr. Kernig: Ueber Spartein. sulfuric.
46) Prof. Poehl: Ueber neue Arzeneimittel.
47) Dr. Luppian: Apparat zur Menthol-Inhalation.
48) Dr. Petersen: Ueber Canadol.
49) Dr. Biel: Ueber Creolin.
50) Prof. Poehl: Apparat zur Inhalation ätherischer Oele.

VII. Syphilidologie und Dermatologie.

51) Dr. Selenkow: Ein Fall totaler Necrose des Stirnbeines bei einem Syphilitiker.
52) Dr. Petersen: Hautemphysem der Stirnregion bei einem Syphilitiker.
53) Dr. Petersen: Versuch einer pathol.-anatomischen Statistik der visceralen Syphilis.
54) Prof. Poehl: Ueber den Harn der Syphilitiker und die Hgbestimmung in demselben.
55) Dr. Fränkel: Ein Fall von Fibroma molluscum multiplex.



VIII. Ophthalmologie.

56) Dr. Magawly: Ueber ein neues Instrument zur Transplantation der Cornea.

57) Dr. Schröder: Eine neue Methode der Trachombehandlung.

IX. Physiologie.

58) Dr. Arnheim: Ueber einen neuen Apparat zu gleichzeitiger Bestimmung des Wärmeverlustes der Haut (Thermophaeugoskop).

59) Dr. Anders: Beobachtungen über die Bewegungen des Gehirnes.

Aus diesem Verzeichnisse der Mittheilungen ist ersichtlich, dass auch im vergangenen Jahre die Chirurgie das besondere Interesse des Vereins in Anspruch genommen, wenngleich die Mittheilungen aus dem Gebiet der inneren Medicin ebenfalls recht zahlreich gewesen. Im Vergleich mit den früheren Jahren wäre hervorzuheben, dass auch die übrigen Specialgebiete immer eifriger vertreten werden, wenngleich noch manches Specialfach, wie z. B. Neuropathologie und Otiatrik unberücksichtigt geblieben. Secret. Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Die von der Administration des Marienhospitals, wie neulich gemeldet, wegen Ruhestörung und Anstiftung von Unordnung im Empfangszimmer des Hospitals (Beleidigung des Dejourarztes Dr. Krutezki) verklagte Frau *Ssolowjew* ist am 5. April vom Friedensrichter zu einer Strafe von 7 Rbl. resp. 1 Tag Arrest verurtheilt worden.

— Der aus Jena an die Universität Dorpat auf den Lehrstuhl der Geburtshülfe, Frauen- und Kinderkrankheiten berufene Professor Dr. Otto Küstner ist in Dorpat eingetroffen und hat die Leitung der Frauenklinik bereits übernommen.

— Der Professor der pathologischen Anatomie, wirkl. Staatsrath Dr. Klein, ist als Decan der medicinischen Facultät der Universität Moskau bestätigt worden.

— An dem grossen Ujasdow-Militärhospital (1400 Betten) in Warschau sind auf Initiative des Oberarztes desselben *Fortbildungs-Curse für Militärärzte* eröffnet worden, an welchen ausser Professoren der Universität (Laptschinski, Tauber, Jefremowski) auch Ordinatoren des Hospitals (DDr. Hoene, Heymann und Prshibylski) als Docenten fungiren.

— Der Privatdocent der Kiew'schen Universität, Dr. W. Podwyssotzki jun., ist, wie der „Wratsch" erfährt, zum ausserordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie ernannt worden.

— *Verstorben*: 1) Am 1. April in St. Petersburg der Leibarzt des Grossfürsten *Michael Nikolajewitsch*, Dr. W. Eck, im 34. Lebensjahre. Der Hingeschiedene ist ein Sohn des vor 15 Jahren verstorbenen bekannten Klinikers und Professors der hiesigen militär-medicinischen Academie. Nach Absolvirung seiner Studien an der mil.-med. Academie fungirte Eck während des russisch-türkischen Krieges als Militärarzt bei der Donauarmee. Im Jahre 1883 hielt er sich längere Zeit behufs wissenschaftlicher Vervollkommnung im Auslande, namentlich in Paris auf und wurde im Jahre 1886 Leibarzt des Grossfürsten. 2) Im Gouvernement Tiflis am 11. März der Oberarzt des Tiflis'schen Grenadierregiments, Dr. Nikolai Busch, 45 Jahre alt, an catarrhalischer Pneumonie. B. hatte an der früheren medico-chirurgischen Academie den Cursus absolvirt und seine ganze Dienstzeit im Kaukasus verbracht, wo er anfangs Badearzt, später Militärarzt war. Während des letzten türkischen Krieges fungirte er als Oberarzt der Belagerungs-Artillerie im Kaukasus und machte in den Jahren 1880 und 81 den Achal-Teke-Feldzug als Gehülfe des Chefarztes des Detachements mit. Der Verstorbene erfreute sich allgemeiner Beliebtheit bei den Kranken und den Collegen. 3) In Jeisk (Kubangebiet) der dortige Kreisarzt A. M. Longinow im 46. Lebensjahre am Schlage. Die örtlichen Einwohner haben beschlossen ihm ein Denkmal zu setzen. 4) In Gorochowez (Gouvern. Wladimir) der Kreisarzt N. W. Bolotnikow im 54. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene hat seine Frau mit 5 Kindern ganz mittellos hinterlassen. 5) In Tobolsk die Aerztin Martha Grabowski am Schlage. 6) In Paris der berühmte Gynäkologe Dr. Blot, Mitglied der Académie de médecine und Leiter der geburtshülflichen Klinik, im 66. Lebensjahre. 7) Am 30. März in Paris Dr. Hippolyte Brochin, bereits seit 35 Jahren Redacteur der „Gazette des hôpitaux". 8) In Pisa der Director der dortigen medicinischen Klinik, Prof. Fedeli.

— Der berühmte Physiker, Prof. Dr. v. Helmholtz in Berlin, ist zum Präsidenten der deutschen physikalisch-technischen Reichsanstalt mit dem Range eines Rathes II. Classe ernannt worden und ist in Folge dessen die Leitung des physikalischen Instituts der Berliner Universität Prof. Dr. Kundt übertragen worden.

— Der Director der Marburger chirurgischen Klinik, Prof. Dr. Roser, ist in den Ruhestand getreten und hat sein Nachfolger, Prof. Braun, die Leitung dieser Klinik bereits übernommen.

— Die letzte Generalversammlung der Theilhaber der *Allgemeinen Medicinischen Unterstützungscasse* hat, um das Andenken des verstorbenen Gründers der Casse und langjährigen Vorsitzenden des Comités der Hauptcasse, Academikers Jakob Tschistowitsch zu ehren, beschlossen, bei der Unterstützungscasse durch freiwillige Spenden einen *Fonds auf den Namen desselben* zu wohlthätigen Zwecken zu bilden. $\frac{4}{5}$ der Zinsen dieses Fonds sollen alljährlich verwandt werden zu einmaligen Unterstützungen: a) an diejenigen Theilhaber der Medicinischen Unterstützungscasse oder deren Familien, welche nach den Statuten kein Recht auf eine Beihilfe aus dieser Casse haben und b) an diejenigen Theilhaber der Casse oder deren Familien, welche aus der Casse geringfügige Pensionen beziehen, die für ihre Bedürfnisse nicht ausreichen, während $\frac{1}{5}$ der Zinsen zur Vergrösserung des Capitals dienen soll. Zur Entgegennahme von Beiträgen behufs Bildung dieses Capitals ist die Allerhöchste Genehmigung bereits erfolgt und werden solche Spenden täglich entgegengenommen von nachstehenden Comitégliedern: Prof. W. A. Manassein (in der Klinik und in der Redaction des „Wratsch"), Dr. E. A. Ssorokin und Dr. J. A. Werewkin (im Comptoir des klinischen Militärhospitals) und von dem Secretär des Comités Dr. W. N. Ssachnowski (Wosnessenski-Prospect, Haus № 26, im Quartier der hauptstädtischen Medicinal-Verwaltung). Auswärtige haben ihre Spenden auf den Namen des Comités der Medicinischen Haupt-Unterstützungscasse unter der Adresse der St. Petersburger Medicinal-Verwaltung (Wosnessenski-Prospect, Haus № 26) einzusenden.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 3. April d. J. 6694 (3 weniger als in der Vorwoche), darunter 540 Typhus- (35 mehr), 749 Syphilis- (37 weniger), 46 Scharlach- (14 weniger), 23 Diphtherie- (1 mehr) und 7 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— Der *VII. Congress für innere Medicin* fand vom 9.—12. April n. St. in *Wiesbaden* in den Räumen des Curhauses statt und war, wie immer, von einer stattlichen Zahl hervorragender Vertreter der inneren Medicin, der pathologischen Anatomie und der Pharmakologie an den Universitäten Deutschlands und von vielen praktischen Aerzten besucht, so dass die Zahl der Theilnehmer wohl an 200 betrug. Die Dorpater Universität war durch Prof. Dehio vertreten. Prof. Leube (Würzburg) eröffnete als derzeitiger Vorsitzender den Congress mit einer Ansprache, welche zunächst dem Andenken des verstorbenen deutschen Kaisers, des Beschützers der Wissenschaft und Kunst, gewidmet war und der Trauer der Congressmitglieder über das Ableben desselben Ausdruck gab. Sodann behandelte Redner, an die vorigjährige Eröffnungsrede Prof. Leyden's über das Verhältniss der inneren Medicin zu den anderen med. Disciplinen und den Naturwissenschaften anknüpfend, *die Aufgaben und Ziele der internen Medicin.*

— Vom *XVII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Ueber die Gedächtnissfeier zu Ehren Langenbeck's, sowie über den Plan der Errichtung eines «Langenbeck-Hauses» haben wir neulich berichtet. Die wissenschaftliche Arbeit des Congresses zu würdigen, werden wir natürlich erst in der Lage sein, wenn uns die betreffenden Originalmittheilungen vorliegen. Wir wollen an dieser Stelle jedoch jetzt schon die wichtigsten Vorträge und Discussionen wenigstens kurz erwähnen. Es gehören dahin eine von Koenig eingeleitete Erörterung über die Prognose des Krebses; ein Bericht von Petersen (Kiel) über eine neue, in Holstein aufgetretene Hautkrankheit, eine eitrige perforirende Hautentzündung, ähnlich dem Herpes tonsurans und der Sycosis parasitaria; eine Demonstration der Wirkung verschiedener Ptomaine durch Brieger; Vorführung eines Pat., dem vor 3 Jahren die Totalexstirpation des Kehlkopfes gemacht worden, und der jetzt gesund ist, und mit wenn auch mangelhafter Stimme spricht, durch v. Bergmann (Riga); eine Discussion über die Heilung unter dem feuchten Blutschorf, eingeleitet durch einen Vortrag von Lauenstein, welche vorzugsweise günstige Meinungsäusserungen zu Tage förderte; ferner Mittheilungen von Thiersch und Wölfler über Haut- und Schleimhautübertragungen; Mittheilungen von Thiersch über im Ganzen ungünstige Erfahrungen mit der Intubation des Larynx nach O'Dwyer; ein Vortrag von Rosenbach, dessen Versuche die Bildung von mikrobenfreiem Eiter durch chemische Stoffe (z. B. Hg) bestätigen; ein solcher von v. Wahl über Schädelbrüche nebst Demonstration einer Sammlung schöner Präparate u. s. w. Ausserdem fanden noch zahlreiche Krankenvorstellungen und kleinere Vorträge statt.

Zum Vorsitzenden des nächsten Congresses wurde mit 96 von 152 Stimmen wieder v. Bergmann gewählt. Zur Erörterung auf demselben wurde auf Antrag Esmarch's die Entstehung und Erkennung der Carcinome, insbesondere des Zungen- und Lippencarcinoms als Programm aufgestellt. Das Referat hat Esmarch übernommen.

— Der deutsche Kaiser *Friedrich* hat seinem behandelnden Arzte Sir Morell Mackenzie den Stern des Hohenzollernschen Hausordens und dem Assistenten desselben, Dr. Howell, den Kronenorden II. Classe verliehen. Den Orden überreichte der Kaiser Dr. Mackenzie persönlich mit folgenden Worten. «Als Sie zum ersten Mal kamen, hatte Ich Vertrauen zu Ihnen, weil Sie mir von Meinen deutschen Aerzten empfohlen worden waren, und Ich habe seitdem selbst gelernt, Ihre Geschicklichkeit hochzuschätzen».

Von der deutschen Kaiserin *Victoria* hat Dr. Mackenzie anlässlich seiner silbernen Hochzeit einen kostbaren Blumenkorb verziert mit einer blau-gelb-rothen Schleife erhalten, auf deren Bändern die Bilder des Kaisers und der Kaiserin, sowie der Namenszug Mackenzie's angebracht waren.

— Dr. M. Ernyei (Budapest) hat angeregt durch eine Notiz in Billroth's allgemeiner Chirurgie über die *blutstillende Eigenschaft des Terpentins*, dieses Mittel in Form von in Terpentinöl getauchten Tampons mit stets sicherem und raschem Erfolge *bei Nasenbluten* angewandt. Da das Terpentinöl stark die Nasenschleimhaut reizt, so ist es angezeigt, dasselbe zu verdünnen.

(Orvosi Hoti Szemle — Wien. m. Bl.).

— Der bekannte englische Laryngolog Dr. Lennox Brown benutzt bei *Tracheotomien*, statt der Chloroformnarcose, mit gutem Erfolge eine 10% *Cocainlösung*, von welcher er 5 Tropfen auf beiden Seiten der Trachea injicirt. Nach 12 Minuten kann die Operation schmerzlos ausgeführt werden und ist dabei auch die Blutung geringer und die Athmung ruhiger als in der Chloroformnarcose.

(Brit. med. Journ. — A. m. C.-Ztg.).

— Die *Wiener Universität* zählte im abgelaufenen Wintersemester *3123 Mediciner* und zwar 2287 ordentliche und 836 ausserordentliche Hörer bei einer Gesammtzahl von 6344 Studirenden. Von den Medicinern waren 274 Ausländer und zwar Amerikaner 109, Russen 39, Engländer 36, Preussen 28, Schweizer 18, Rumänen 16, Belgier 12, Griechen 7, Australier 5 und Türken 4. Für das soeben begonnene Sommersemester sind an der Wiener medicinischen Facultät 192 Vorlesungen, Demonstrationen, Curse etc. von 19 ordentlichen und 36 ausserordentlichen Professoren, 70 Docenten und Assistenten angekündigt worden.

— Zufolge einer Bekanntmachung des St. Petersburger Stadthauptmanns ist das bei dem städtischen Obuchowhospitale bestehende Erkundigungs-Comptoir für Kranke, welches dazu dienen sollte, um bei event. Anfragen sofort mittheilen zu können, wo und in welchen städtischen Krankenhäusern Platz zur Aufnahme von Kranken vorhanden, aufgehoben worden, weil sich dasselbe als völlig ungenügend erwiesen. — Um aber den Residenzbewohnern die Möglichkeit zu geben, jeder Zeit unbehindert und ohne Aufenthalt die städtischen Krankenhäuser aufzusuchen, ist nachstehende Ordnung eingeführt worden. Falls die Kranken der Aufnahme in die Krankenhäuser bedürfen, sind sie nach einem der zunächst gelegenen Krankenhäuser und zwar nach dem Obuchow-, Alexander-, Peter-Paul- und Marien-Magdalenen-Hospital zu dirigiren, es sei denn, dass die Krankheit die Aufnahme in ein Hospital für Special-Krankheiten erforderlich macht, in welchem Falle sie in das Hospital Nikolaus des Wunderthäters, des heiligen Panteleimon und in das Klein-Ochtasche, welche für Geisteskranke eingerichtet sind, in das Kalinkin- und Gross-Ochta-Krankenhaus, welche für Syphilitische, — in das Hospital für Hautkrankheiten, welches für Blattern- und Scharlachkranke — und in das Barackenhospital, welches für Typhus und andere acute Krankheiten eingerichtet ist, abzufertigen sind. — Den städtischen Krankenhäusern ist es zur Pflicht gemacht worden, sich, falls kein Platz in denselben vorhanden sein sollte, unverzüglich mit anderen Hospitälern behufs Ermittelung von freien Betten in Verbindung zu setzen und die Kranken wohin gehörig zu dirigiren. — Unabhängig davon ist im Gebäude der Duma an Stelle des aufgehobenen Erkundigungs-Comptoirs für Kranke versuchsweise ein Erkundigungs-Bureau eingerichtet worden, welches die Verpflichtung hat, täglich über die freien und besetzten Betten in den städtischen Krankenhäusern Erkundigungen einzuziehen und über die Zahl der Kranken und Pflegebedürftigen Bericht zu erstatten.

— Die *humanitären Institute des Wiener medicinischen Doctorencollegiums* erfreuen sich einer gedeihlichen Entwickelung, wie aus folgenden Zahlen des letzten Rechenschaftsberichtes ersichtlich ist: Die Wittwen- und Waisensocietät zählt bei einem Vermögen von 2,499,545 Gulden 97 Kreuzer 354 Mitglieder und zahlt an 143 Wittwen und Waisengruppen eine Jahrespension von je 700 Gulden aus. Das Unterstützungsinstitut hat ein Vermögen von 139,402 Gulden 8 Kreuzer und 264 Mitglieder. An Unterstützungen wurde im Jahre 1887 die Summe von 6187 Gulden 80 Kreuzer verausgabt. Das Pensionsinstitut hat bei einem Vermögen von 294,187 Gulden 31 Kreuzer 117 Mitglieder und 7 Pensionäre mit einer jährlichen Pension von 600 Gulden. (Wiener med. Wochensch.).

— Der bekannte Hungervirtuose *Secci* unterwirft sich gegenwärtig in *Florenz* einer *30tägigen Hungercur* unter ebenso strenger Aufsicht von wissenschaftlichen Autoritäten, wie bei dem bekannten Hungerversuche *Cetti's* in Berlin. Bei dem gegenwärtigen Versuche soll hauptsächlich festgestellt werden, wie lange das chylopoëtische System durch Nahrungsaufnahme unbelästigt gelassen werden kann, was für die Bauchchirurgie und Darmblutung nach Perforation äusserst wichtig ist. *Secci* erhält während der Fastenzeit nur 1) ein salinisches Abführmittel, 2) ein alkalisches Getränk und Wasser zum Trinken und Mundspülen und 3) ein wenig Olivenöl zum Einreiben.

— Vor kurzem ist in Mexico die erste Lady zum Dr. med. creirt worden. Zu Ehren dieses grossen Ereignisses veranstalteten die Studenten der medicinischen Schule in Mexico ein — Liebhaberstiergefecht. (New-York Med. Rec. Jan. 21. 1888). Hz.

— Lailler's abführender Syrup besteht aus folgendem: Rp. Fol. sennae, Fobar. coffeae tostar āā 100,0, Aq. fervidae q. s. ad infusi 200,0. Adde Sacchari 500 et salve in balneo mariae. DS. 30—100 Gr. pro dosi. (Rev. internat. des sciences médic. 1888. № 1). Hz.

— Kopfschmerz mit Uebelkeit (sick headache) bei verdorbenem Magen soll nach Dr. Aulde in einer halben Stunde nach Einnehmen (in Intervallen von 3—5 Minuten) von grjj in Wasser gelösten Jodkalium vergehen. (Cincinnati Lancet Clinic. 1888. № 6). Hz.

— Dr. Hooper aus London theilt dem Journ. of the American medical association mit, dass er in einer indischen, zur Familie der Asclepiadeen gehörigen Pflanze, der Gymnema sylvestra, eine in manchen Beziehungen der Chrysophansäure ähnliche Säure entdeckt habe, welche zeitweilig den Geschmack des Süssen und Bittern aufhebe und welche er *Acidum gymnemicum* benannt hat. Nimmt man einige stark mit Wasser verdünnte Tropfen von dieser Säure in den Mund und isst nach 2—3 Stunden etwas Süsses, so wird diese Süssigkeit nicht mehr verspürt; verfährt man in ähnlicher Weise mit Chinin, so erhält man einen kreidigen Geschmack. Verf. meint in dieser Säure ein gutes Corrigens für schlecht schmeckende Arzneien gefunden zu haben. (New-York med. Record 1888. Febr. № 4). Hz.

— Nach der Pharmaceutical Post kann Borsäure in ihrem fünffachen Gewichte Wassers aufgelöst werden, wenn etwas Magnesia hinzugesetzt wird; das Verhältniss ist: Magnesia usta 2, Acid. boricum 31, Aqua 150 Theile. (Albany med. Annals. 1888, № 1). Hz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 27. März bis 2. April 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
420	349	769	178	93	136	20	9	19	68	52	51	61	47	27	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 30, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 8, Diphtherie 10, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 97, Tuberculose anderer Organe 8, Alcoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 126, Todtgeborene 33.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren		Todtgeboren	Gestorben	
			Summa	Auf 1000 Einw.		Summa	Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 912	18.—24. März	2522	28,5	—	1655	20,2
Paris . . .	2 260 945	18.—24. März	1187	27,3	91	1120	26,0
Brüssel . .	181 270	11.—17. März	124	35,6	3	75	21,5
Stockholm .	216 807	11.—17. März	119	28,5	3	87	20,9
Kopenhagen	300 000	21.—27. März	226	39,1	10	113	19,6
Berlin . . .	1 414 980	18.—24. März	827	30,3	38	572	21,2
Wien . . .	800 836	18.—24. März	576	37,4	29	405	26,3
Pest . . .	442 787	11.—17. März	354	41,5	22	321	37,7
Warschau .	439 174	11.—17. März	189	36,6	21	215	25,5
Odessa . . .	268 000	18.—24. März	—	—	13	97	18,3
St. Petersburg	861 303	25.—31. März	520	31,4	34	648	39,1

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 12. April 1888.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 2. Mai.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.
Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8- und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 16. St. Petersburg, 16. (28.) April 1888.

Primäre tuberculöse Neubildung des Larynx.

Von
Dr. med. Karl Dehio,
Prof. ext. in Dorpat.

Die nachstehende Beobachtung dürfte sowohl wegen ihrer Seltenheit, als auch wegen ihres bemerkenswerthen klinischen Verlaufes der Veröffentlichung werth erscheinen, obgleich der Sectionsbefund, welcher hier gerade von der grössten Wichtigkeit gewesen wäre, leider nicht hat festgestellt werden können.

Am 16. November 1887 consultirte mich Herr B., 41 a. n., Accisebeamter aus Walk, wegen seiner anhaltenden Heiserkeit und einer in der letzten Woche eingetretenen leichten Behinderung des Schluckens. Die Anamnese, welche mir nachträglich auch von dem Hausarzt des Herrn B. bestätigt worden ist, ergab, dass Patient aus einer Familie stammt, in welcher bisher tuberculöse Erkrankungen nie vorgekommen sind. Patient hat stets etwas mager und blass ausgesehen, ist aber sonst nie krank gewesen, hat an Syphilis nicht gelitten. Seit 5 Monaten bemerkte er eine ganz allmälig eingetretene, aber fortwährend zunehmende Heiserkeit; dieselbe hat sich ohne jegliche Störung des Allgemeinbefindens und auch ohne sonstige auf eine Erkrankung des Kehlkopfes hinweisende Beschwerden entwickelt; die Athmung war nie behindert, nur ab und zu trat ein leichter, bald wieder nachlassender Reiz zum Husten und Räuspern auf. Auswurf war nie vorhanden. Seit den letzten Wochen ist das Schlucken fester Bissen durch ein leichtes, in der Tiefe des Halses sitzendes Gefühl von Schmerz oder Druck ein wenig behindert.

Die objective Untersuchung des etwas mageren und blassen, aber durchaus nicht muskelschwachen oder angegriffen aussehenden Mannes ergiebt einen Hals von mittlerer Länge und wenig vorspringendem Kehlkopf. Im Mund und Rachen eine ziemlich blasse Schleimhaut, sonst nichts Abnormes. Ein von vorn nach hinten gegen den Kehlkopf gerichteter Druck wird als unbequem, aber kaum als schmerzhaft empfunden. Zu beiden Seiten des Kehlkopfes, namentlich aber links sind ein Paar ziemlich harte, nicht schmerzhafte Lymphdrüsen von etwa Erbsengrösse zu fühlen. Die Stimme, welche für gewöhnlich sehr rauh und heiser sein soll, war im Augenblick meiner Untersuchung wohl in Folge der achtstündigen Fahrt durch die kalte Winterluft vollkommen aphonisch. Wasser wurde ohne alle Beschwerden geschluckt. Laryngoskopisch bemerkt man einen hoch aufgerichteten, ziemlich blassen Kehldeckel und hinter demselben den rechten Aryknorpel und die zugehörige aryepiglottische Falte blass, unverändert. Der Schleimhautüberzug des linken Aryknorpels und der linken aryepiglottischen Falte etwas geschwellt, verdickt und mässig geröthet, von Ulceration keine Spur zu bemerken. Im Innern des Kehlkopfes fiel sofort eine vom linken Taschenbande ausgehende Geschwulst in's Auge, welche, breitbasig aufsitzend, fast die ganze Länge des Taschenbandes einnahm, nur vorne eine etwa 2 Millimeter lange Partie desselben frei liess und nach hinten bis an das Ende der Morgagni'schen Tasche reichte. Die Geschwulst ragte bis an die Mittellinie der Rima glottidis heran, bedeckte beim ruhigen Athmen fast das ganze linke Stimmband, so dass nur hinten die Gegend des Processus vocalis noch eben sichtbar war. Sie war von matter, hellgrauer Farbe und zeigte eine flach gebuckelte, unregelmässige Oberfläche, deren einzelne rundliche Vorwölbungen stecknadelkopf- bis hirsekorngross waren. Das Ganze war von glattem, glänzendem Epithel bedeckt, nirgends ulcerirt. Nach oben, vorn und hinten ging die Geschwulst ohne scharfe Grenze in die geröthete und recht stark geschwellte Schleimhaut des linken Taschenbandes über. Beim Phoniren schob sich das linke Stimmband unter der Geschwulst hervor, so dass der freie Rand desselben in der Mittellinie des Kehlkopfes gerade eben sichtbar wurde, und man sich davon überzeugen konnte, dass die Geschwulst nur von dem Taschenbande ausging und das Stimmband überlagerte, aber nicht mit demselben zusammenhing. Bei Anstrengungen der Bauchpresse wurde die Geschwulst gegen die Mittellinie bewegt und fest an das gegenüberliegende Taschenband angepresst. Die gesammte übrige Schleimhaut des Vestibulum laryngis war geschwellt und geröthet, namentlich das rechte Taschenband ziemlich stark verdickt, so dass es beim ruhigen Athmen das rechte Stimmband fast vollständig verdeckte und nur den äussersten freien Saum desselben eben

noch erblicken liess. Beim Phoniren bewegten sich die beiden Stimmbänder und Aryknorpel vollkommen normal zur Mittellinie hin und nun konnte man erkennen, dass die oberen Flächen der Stimmbänder von graurother Farbe waren und ihren Glanz verloren hatten, aber keine sonstigen Veränderungen zeigten.

Die Lungen, welche ich einer genauen physikalischen Untersuchung unterwarf, zeigten absolut keine wahrnehmbaren Veränderungen. Husten, Auswurf, Brustschmerzen waren nicht vorhanden. Die übrigen Organsysteme verhielten sich vollkommen normal.

Die Diagnose war ich nicht mit Sicherheit zu stellen im Stande. An ein Papillom oder eine gewöhnliche fibröse, polypöse Neubildung war bei dem Aussehen der Geschwulst nicht zu denken; gegen eine bösartige Neubildung sprach die Langsamkeit des bisherigen Verlaufes der Krankheit, wenngleich das Aussehen wohl an ein beginnendes, noch nicht zerfallenes Epitheliom denken liess und die geschwellten Lymphdrüsen neben dem Kehlkopfe diesen Verdacht zu bestärken geeignet waren. An die Möglichkeit einer tuberculösen Neubildung dachte ich nur vorübergehend, da auf den Lungen gar keine Veränderungen nachzuweisen waren, das Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig liess und derartige Neubildungen von relativ beträchtlichem Umfange *ohne* gleichzeitige Ulceration zu den grössten Seltenheiten gehören. Für eine lupöse Neubildung war die Oberfläche der Geschwulst trotz der leichten Unebenheiten, die sie zeigte, zu glatt, es fehlte das charakteristische gekörnte Aussehen und auch die entzündliche Röthung und Schwellung der Umgebung war nicht so hochgradig wie gewöhnlich beim Lupus des Kehlkopfes.

Für die praktische Frage, was nun zu geschehen habe, war für mich die Erwägung maassgebend, dass ich die Möglichkeit des Vorliegens einer bösartigen Geschwulst nicht ausschliessen konnte. Ich rieth daher dem Pat. jedenfalls die Geschwulst auf operativem Wege entfernen zu lassen. Endolaryngeal war eine Exstirpation, bei der es darauf ankam, alles Krankhafte zu entfernen und die Schnitte nur in gesundem Gewebe zu führen, wegen der breiten Basis der Geschwulst und des diffusen Ueberganges derselben in die umgebende Schleimhaut nicht wohl ausführbar. Es musste eben das ganze Taschenband möglichst ausgiebig excidirt werden, was nur nach einer vorhergegangenen Laryngofissur möglich war. Ich wies den Kranken daher auf die chirurgische Klinik, wo am 19. November Prof. v. Wahl die Operation in der auch von mir in's Auge gefassten Weise ausführte.

Nachdem der Kehlkopf in der Mittellinie gespalten war, wurde das Innere desselben mehrmals mit einer 10%igen Cocaïnlösung bepinselt, um die Reflexerregbarkeit des Larynx aufzuheben und den störenden Hustenstössen bei der weiteren Operation vorzubeugen. Diese Maassregel hatte einen vorzüglichen Erfolg. Es wurde das ganze linke Taschenband bis auf den Grund der Morgagni'schen Tasche und nach oben bis nahe an den Rand der aryepiglottischen Falte in seiner ganzen Länge excidirt, ohne dass ein einziges Mal Hustenbewegungen dazwischen gekommen wären. Zum Schluss der Operation erfolgte, obgleich Pat. am Tage der Operation nichts genossen hatte, Erbrechen einer kleinen Quantität Magensaftes, jedoch schien nichts vom Erbrochenen in die Trachea hinabgeflossen zu sein. Durch die Operation war die Geschwulst mit der umgebenden gesunden Schleimhaut und dem anscheinend nicht erkrankten submucösen Gewebe entfernt worden, so dass der M. thyreoaryt. blos lag, und alles Erkrankte entfernt schien. Die genaue Besichtigung des nun freigelegten Kehlkopfinneren ergab eine allgemeine Röthung und Schwellung der Schleimhaut, die besonders stark am rechten Stimmbande ausgeprägt war, sonst aber nichts Verdächtiges, namentlich keine Spur von Ulceration. Zur Sicherheit wurde in die Wunde eine Trachealcanüle gelegt, obgleich Patient auch bei geschlossener Canüle frei durch den Kehlkopf athmen konnte.

Die exstirpirte Geschwulst, welche sich ziemlich derb anfühlte, wurde zunächst in Spiritus aufbewahrt und ca. 3 Wochen später in Celloïdin eingeschlossen und mikroskopisch untersucht. Hierbei hat Herr Prof. Thoma, dem ich auch die mikroskopische Diagnose der Geschwulst verdanke, mir hilfreich zur Seite gestanden, wofür ich ihm meinen herzlichen Dank ausspreche.

Die vertical zur Oberfläche angelegten mikroskopischen Schnitte wurden in Alauncarmin gefärbt und ergaben einen für mich durchaus unerwarteten Befund. *Die Geschwulst erwies sich nämlich als aus dicht gelagerten miliaren Tuberkelknötchen zusammengesetzt.* Das ganze Gewebe der Schleimhaut war gleich unterhalb der Epithellage, die über die Geschwulst hinzog, von Rundzellen infiltrirt und von typischen miliaren Tuberkelknötchen so dicht durchsetzt, dass es nur noch in Form dünner Scheidewände die Tuberkelknötchen von einander trennte. Ausserdem sah man an Schnitten, welche günstig gefallen waren, die Ausführungsgänge der Schleimdrüsen und vereinzelte feine Blutgefässe zwischen den Tuberkelknötchen gegen die Oberfläche der Geschwulst hinziehen. Die Hauptmasse der Geschwulst wurde durch die Tuberkel selbst gebildet, welche zum grössten Theile aus ziemlich frischen, wenig veränderten epithelioïden Zellen und Riesenzellen bestanden. Im Centrum der einzelnen Tuberkelknötchen hatten die zelligen Elemente schon vielfach den Farbstoff schlecht aufgenommen, zeigten ein mehr hyalines und nur schwach gekörntes Aussehen und liessen hier und da einen deutlichen Kern vermissen. Höhere Grade der Verkäsung waren jedoch nirgends wahrzunehmen. In die Tiefe erstreckte sich die tuberculöse Neubildung bis an die Schicht der acinösen Drüsen. In dieser selbst war zwar noch eine mässige kleinzellige Infiltration des interacinösen Gewebes, aber keine Tuberkeleinlagerung mehr zu finden. Ein mehrschichtiges Plattenepithel zog über die Geschwulst dahin; auf der Höhe derselben war es zwar stark verdünnt, aber vollkommen intact. Nur an ein paar Schnitten war ein ganz geringer Defect des Epithels auf der Höhe der Geschwulst vorhanden, doch liess sich nicht mit Sicherheit entscheiden, ob es sich hierbei um eine beginnende Geschwürsbildung oder um eine mechanische Läsion der Geschwulst handele, die (etwa durch das Fassen mit der Pincette) während der Operation stattgefunden haben konnte. Makroskopisch war von diesem Defect nichts zu bemerken gewesen. Zur Peripherie hin hörten zunächst die Tuberkelknötchen auf, weiterhin schwand auch die kleinzellige Infiltration des Gewebes fast vollständig, so dass an den Rändern des excidirten Gewebsstückes die Schleimhaut ein ziemlich normales Verhalten zeigte. Mit der Ehrlich'schen wie mit der Ziehl-Neelsen'schen Färbungsmethode liessen sich Tuberkelbacillen mit voller Sicherheit in den Tuberkelmassen nachweisen.

Es lag hier also unzweifelhaft einer jener seltenen Fälle vor, wo die tuberculöse Neubildung im Kehlkopfe nicht in Form eines diffusen, sehr bald geschwürig zerfallenden Infiltrates aufgetreten war, sondern einen mehr circumscripten, geschwulstartigen Tumor bildete und bis zur Operation einen sehr langsamen und gutartigen Verlauf genommen hatte.

Nach der Operation dagegen nahm die Erkrankung sehr rasch eine verhängnissvolle Wendung.

Der Patient fing am 2. Tage an mässig zu fiebern und zu husten und musste mit der Schlundsonde gefüttert werden, weil beim Schlucken von Flüssigkeiten stets einige Tropfen in den Larynx hinabrannen. Die Canüle konnte nach wenigen Tagen entfernt werden, da die Athmung durch den Kehlkopf frei von statten ging, allein die Operationswunde machte trotzdem keine Anstalten zur Heilung, sondern verwandelte sich in eine, mit schlaffen, blassen, stark eiternden Granulationen bedeckte, weite Fistelöffnung. Am 3. Tage nach der Operation ergab die laryngoskopische Untersuchung eine starke Schwellung der linken aryepiglottischen Falte und eine diffuse, ziemlich hochgradige Röthung und Schwellung der ganzen mucösen Auskleidung des oberen Kehlkopf-

raumes. Von den Stimmbändern war daher nichts zu sehen und die Operationswunde, die sich an der Stelle des linken Taschenbandes befand, hatte sich in ein missfarbiges Geschwür verwandelt. 3 Tage später hatte das Letztere sich auf den Petiolus der Epiglottis und auf das vordere Ende des rechten Taschenbandes ausgedehnt. Das Fieber, welches in der ersten Woche nach der Operation mässig gewesen war und einen remittirenden Typus eingehalten hatte, stieg in der zweiten des Abends auf 39,2—39,8° C., während des Morgens die Temperatur zwischen 37,4—39,3° schwankte. Gleichzeitig nahm der Husten zu, Patient war vollkommen aphonisch und expectorirte grosse Mengen eines schleimig-eitrigen, nicht stinkenden Sputum. Elastische Fasern waren trotz öfterer Untersuchungen in demselben nicht zu finden. Auf den Lungen waren, so oft ich sie auch untersuchte, ausser einem mässigen diffusen Catarrh der gröberen und mittleren Bronchien, keine schwereren Veränderungen nachzuweisen. Nur in der dritten Woche nach der Operation, wo Patient öfters über Stiche und Schmerzen in der linken Seite klagte, fand sich eine leichte Dämpfung und abgeschwächtes Athmen in der oberen Hälfte der linken Regio interscapul. Später verschwand jedoch Beides wieder. Das Fieber nahm von der dritten Woche an einen ausgesprochen hektischen Charakter an. Des Morgens betrug die Temperatur 37,2—37,6°, am Nachmittag stieg sie unter leichtem Frösteln auf 38,3—38,0° und nur selten auf 39,0° C., in der Nacht oder gegen Morgen sank sie wieder unter starken Schweissen auf die Norm. Obgleich der Appetit stets ziemlich gut und der Stuhl normal war, nahmen die Körperkräfte doch constant und rapide ab, die Abmagerung machte reissende Fortschritte, der Husten und Auswurf steigerten sich, die Nachtschweisse wurden profus, in der 6. Woche traten ab und zu leichte nächtliche Delirien ein. Eine um diese Zeit von mir vorgenommene Besichtigung des Larynx ergab ziemlich denselben Befund, wie 6 Wochen vorher, nur war das Geschwür tiefer und vielleicht etwas grösser geworden; das Sputum, das ich nun auf Tuberkelbacillen untersuchte, liess auf jedem Deckglaspräparat deren 2 bis 4 erkennen. Als Patient auf den Wunsch seiner Verwandten in der 7. Woche die Klinik verliess, war das baldige letale Ende vorauszusehen und in der That ist der Unglückliche, wie ich nachher erfuhr, etwa eine Woche später auf dem Lande gestorben. Eine Section war unter diesen Umständen nicht möglich.

Der vorliegende Fall ist in sofern höchst lehrreich, als er beweist, *dass im Larynx in der That Tumoren vorkommen, welche aus tuberculöser Neubildung bestehen und ziemlich lange existiren können, ohne zu verkäsen und sich in tuberculöse Geschwüre umzuwandeln.* Wenn sie, wie in meinem Falle, sich nur auf eine kleine Partie des Kehlkopfinneren beschränken, so können sie bei sonst völlig gesund scheinenden Patienten der Diagnose gewiss grosse Schwierigkeiten bereiten. An der hinteren Kehlkopfswand, speciell in der Regio interarytaen., werden zwar öfters derartige sogenannte tuberculöse Infiltrationsgeschwülste beobachtet und richtig erkannt, weil sie sich hier an einer bekannten Prädilectionsstelle der tuberculösen Larynxaffectionen befinden und in der grossen Mehrzahl der Fälle die gleichzeitig vorhandene Lungentuberculose die Diagnose auf die richtige Spur leitet. An anderen Stellen des Kehlkopfinneren sind dieselben aber jedenfalls sehr selten. Meines Wissens haben E. Burow[1]) (der übrigens die Diagnose in seinem Falle in suspenso lässt) und neuerdings Schnitzler auf dem 8. internationalen Congress zu Copenhagen[2]) tuberculöse Tumoren beschrieben, welche jedoch nicht vom Taschenbande ausgingen, sondern aus der Morgagni'schen Tasche hervorgewuchert waren und ein mehr papillomartiges Aussehen hatten. Im Schnitzler'schen Falle ist die tuberculöse Natur der Neubildung durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt worden. In der an den Schnitzler'schen Bericht sich anschliessenden Debatte erwähnt auch Schäffer 2 Fälle seiner Beobachtung, in denen tuberculöse Infiltrationsgeschwülste von den falschen Stimmbändern ausgegangen waren. In allen diesen Fällen ist die Natur der Neubildung auf Grund der gleichzeitig vorhandenen und leicht nachweisbaren Lungentuberculose diagnosticirt worden.

In meinem Falle dagegen fehlten alle Anzeichen einer derartigen Erkrankung der Lungen oder überhaupt irgend eines Organes des Körpers, und auch eine erbliche phthisische Veranlagung des Patienten konnte durchaus nicht angenommen werden. Die Geschwulst hatte sich bei einem anscheinend völlig gesunden Menschen im Verlaufe mehrerer Monate langsam entwickelt, und soweit der klinischen Beobachtung ohne eine nachfolgende Controle durch die Section überhaupt eine Beweiskraft eingeräumt werden kann, soweit wird dieser Fall wohl zum Beleg dafür benutzt werden können, *dass es eine primäre Tuberculose des Larynx giebt*, und dass die letztere nicht ausschliesslich erst secundär im Anschluss an die Lungentuberculose auftritt. Seit wir uns daran gewöhnt haben, die tuberculösen Erkrankungen der Lungen grösstentheils durch die Inhalation tuberculöser Krankheitserreger zu erklären, stehen ja auch der Annahme, dass die Tuberkelbacillen einmal ausnahmsweise zuerst im Larynx haften bleiben und eine Larynxtuberculose hervorrufen können, bevor noch die Lungen durch dasselbe Virus inficirt sind, keinerlei theoretische Bedenken mehr entgegen.

Der klinische Verlauf unseres Falles ist jedenfalls mit dieser Annahme sehr gut vereinbar. Bis zum Augenblick der Operation war derselbe durchaus gutartig. Die Geschwulst hatte sich langsam und allmälig entwickelt, ohne dem Patienten stärkere Beschwerden zu machen und ohne irgend welche Zeichen einer secundären Allgemeinerkrankung zu bewirken. Mit dem Moment der Operation aber tritt eine verhängnissvolle Wendung im Zustande des Kranken ein. Die durch die Operation gesetzte Wunde verwandelt sich in ein stetig sich vergrösserndes Geschwür, der Kranke beginnt zu fiebern und zu husten und unter den Erscheinungen einer unaufhaltsam fortschreitenden rapiden Consumption des Körpers erfolgt in der achten Woche der Tod.

Es fragt sich nun, was hier vorgegangen ist und in welchem Zusammenhang dieser Umschwung zum Schlimmen mit der Operation steht. Anfänglich, bevor mich die mikroskopische Untersuchung über die Natur der exstirpirten Geschwulst aufgeklärt hatte, glaubte ich eine putride Bronchitis mit ihren verderblichen Folgen, lobuläre Pneumonie und vielleicht consecutive Lungengangrän annehmen zu müssen. Patient hatte ja zum Schluss der Operation gebrochen und es lag die, wenn auch nicht sehr wahrscheinliche Möglichkeit vor, dass Blut oder ein Theil des Erbrochenen in die Luftwege gerathen sei und hier eine Aspirationspneumonie bewirkt habe. Zu dieser Annahme stimmte aber absolut nicht die Beschaffenheit der Sputa; dieselben waren weder blutig noch übelriechend und enthielten keine elastischen Fasern, auch fehlten alle physikalischen Zeichen einer entzündlichen Verdichtung der Lungen. Erst als die tuberculöse Natur der exstirpirten Neubildung festgestellt war, wurde das Krankheitsbild verständlich. Der geschwürige Zerfall der Operationswunde konnte dadurch erklärt werden, dass trotz der anscheinend ausgiebigen Excision alles Krankhaften, dennoch einige specifische Infectionsträger der Tuberculose in der Wunde zurückgeblieben waren, und die Umwandlung derselben in ein tuberculöses Geschwür bewirkt hatten. Von diesem Geschwür aus konnten die Infectionserreger mit jedem Athemzuge in die Lunge aspirirt worden sein und hier musste nun eine reichliche Aussaat der Tuberkelbacillen und in Folge dessen eine acute Entwickelung massenhafter disseminirter kleinster tuberculöser Herde stattgefunden haben. Mit anderen Worten: es entwickelte sich, wie ich annehme, eine acute miliare Aspira-

[1]) Laryngoskopischer Atlas. Tafel I, Fig. 3. Stuttgart 1877.

[2]) Compte-rendu. Tome IV, pag. 102 und ff. Copenhague 1886.

tionstuberculose der Lungen. Hierzu passt vollkommen das Krankheitsbild, unter dem Patient schliesslich zu Grunde ging. Ich will kein Gewicht darauf legen, dass ich im Sputum Tuberkelbacillen nachgewiesen habe, denn dieselben konnten auch aus dem tuberculösen Larynxgeschwür herstammen und brauchten nicht für die tuberculöse Lungenerkrankung zu sprechen — obgleich immerhin ihre ziemlich grosse Zahl darauf hinzudeuten schien, dass sie nicht allein im relativ wenig ausgedehnten Larynxgeschwür entstanden sein konnten — aber das hektische Fieber, der Husten und der reichliche Auswurf, der rapide funeste Verlauf der Erkrankung, zusammengehalten mit der Abwesenheit aller physikalischen Zeichen einer entzündlichen oder sonstigen Verdichtung des Lungengewebes, liessen nur auf die obengenannte Lungenerkrankung schliessen; eine andere Erklärung der Krankheitserscheinungen halte ich nicht für möglich. Obgleich ich leider nicht in der Lage war, diese meine Ansicht durch die Section zu bestätigen, so glaube ich doch, dass die Sicherheit meiner Schlussfolgerung gross genug ist, um auch für die Praxis daraus einige beherzigenswerthe Lehren zu ziehen:

Vor allen Dingen dürfte man gut thun, bei solchen Larynxtumoren, wie der hier beschriebene, stets an die Möglichkeit einer tuberculösen Neubildung zu denken, auch wenn auf den Lungen der Patienten keinerlei Veränderungen nachzuweisen sind. Und ferner wird man im Auge behalten müssen, dass die operative Entfernung derartiger Geschwülste für die Patienten mit der Gefahr verbunden ist, dass dadurch die bis dahin in das Gewebe der Geschwulst eingeschlossenen Infectionsträger auf die freie Oberfläche der Wunde gelangen, dieselbe inficiren und weiterhin eine secundäre Infection der Lungen bewirken oder wenigstens beschleunigen können. Ich wenigstens werde vorkommenden Falles eine solche Geschwulst nicht wieder blutig operiren, sondern lieber dieselbe galvanocaustisch zu zerstören suchen.

Referate.

A. J. Krassowsky: Ueberblick über die vom 16. Oct. 1885 bis zum 1. Jan. 1888 in der St. Petersburger Entbindungsanstalt ausgeführten Kaiserschnittsoperationen. (Journ. Akusch. i schensk. bol. № 2. 1888).

In einem Zeitraum von etwas über 2 Jahren ist in dem genannten Entbindungsinstitut 7 mal der Kaiserschnitt zur Ausführung gekommen. Fünfmal wurde nach Porro operirt (Stumpfbehandlung extraperitonäal) und zweimal conservativ nach Sänger-Leopold. Sämmtliche Mütter genasen mit Ausnahme einer, welche der Operation nach Porro erlag. Von den Kindern sind fünf am Leben geblieben — in einem Falle wurde die supravaginale Uterusamputation bei bereits abgestorbener Frucht vorgenommen. Krassowsky verwendet als Antisepticum kein Sublimat, sondern Hydrargyrum bijodatum in einer Concentration von 1‰ bis 4‰. Schwämme werden vermieden und an ihrer Statt Wattebausche in Gebrauch gezogen. Genäht wird ausschliesslich mit Seide. Die geschlossene Bauchwunde wird mit einer dünnen Lage Marly bedeckt und diese durch eine dicke Schicht Collodium befestigt. —tz.

Heinrich Schapiro: Heilung der Biermer'schen perniciösen Anaemie durch Abtreibung von Bothriocephalus latus. (Zeitschrift f. klin. Med- Bd. XIII, Heft V).

Gleich Runeberg und Reyher beschreibt Verf. einen typischen Fall von perniciöser Anaemie, der durch Abtreibung von Bothriocephalus latus geheilt wurde. Die Ursache der Entstehung der perniciösen Anämie durch Anwesenheit von Bothriocephalus im Darm, glaubt Verf. in einem chemischen Gift suchen zu müssen, welches der Bandwurm, unter gewissen Bedingungen, producire und das dann eine deletäre Einwirkung auf das Blut ausübe. Zu den Bedingungen, welche zur Bildung giftiger Stoffe in den Bandwürmern Anlass geben, zählt Verf. Erkrankungen des Parasiten selbst.

J. Taube (Moskau).

Paul Guttmann: Die antiseptische Wirkung des Kreosots und seine Empfehlung gegen Lungenschwindsucht. (Zeitschrift für klin. Med. Bd. XIII. Heft V).

Die vielfachen günstigen Mittheilungen über die Wirkung des Kreosots bei Lungenschwindsucht haben Verf. veranlasst, eine Untersuchungsreihe über die antiseptische Kraft dieser Substanz anzustellen. Die Versuche wurden an 17 verschiedenen Bacterien- und Kokken-Arten gemacht, ausserdem wurde die Einwirkung des Kreosots auch auf das Wachsthum von Tuberkelbacillen geprüft. Die Versuche zeigen, dass das Kreosot ein starkes Antisepticum ist, denn von den 18 Mikroorganismenarten wuchsen 12 nicht mehr bei 1/2000 Kreosotgehalt in der Nährgelatine, 5 nicht mehr, wenn der Kreosotgehalt 1/1000 betrug. Das Wachsthum der Tuberkelbacillen war bei einem Kreosotgehalt von 1/4000 ein äusserst geringes, bei einem Gehalt von 1/2000 war keine Spur von Wachsthum eingetreten. Das Kreosot ist sogar ein stärkeres Antisepticum als die Carbolsäure, denn von den 17 Mikroorganismenarten — die Tuberkelbacillen sind in dieser Zahl nicht eingerechnet, weil an ihnen nur das Kreosot geprüft wurde — wuchsen bei einem Carbolsäuregehalt der Gelatine von 1/2000 noch 12, während von denselben bei einem Kreosotgehalt von 1/2000 nur 4 noch wuchsen.

Wenn es auch unmöglich ist dem Organismus eine so grosse Kreosotmenge zuzuführen, um den Kreosotgehalt des Blutes längere Zeit hindurch auf 1/4000 zu bringen, so glaubt Verf. doch gestützt auf seine Untersuchungen mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen zu dürfen, dass eine fortgesetzte Darreichung dieser Substanz in einer Dosis von etwa 60 cg. pro die, die Vermehrung der Tuberkelbacillen etwas zu verlangsamen und hierdurch den sonst raschen Fortschritt der Krankheit etwas zu hemmen im Stande ist. Diese Auffassung wird wesentlich gestützt durch die Erfahrungen verschiedener Kliniker und Aerzte, die günstige Wirkungen beim Kreosotgebrauch an vielen Lungenschwindsüchtigen gesehen haben. J. Taube (Moskau).

Das Nichtvorkommen der Mikroorganismen in der Exspirationsluft. (Sitzungsbericht von 5. Dec. 87 der Acad. des Sciences. Sém. med. 87 № 49).

J. Strauss und W. Dubreuilh weisen auf Lister's Erklärung für die Thatsache hin, dass der Luftzutritt zur Pleura durch eine Rippenfractur andere Erscheinungen gebe, als ein Pneumothorax in Folge einer Brustverletzung, nämlich dass die Lungen als Filter dienen, und weiterhin auf die experimentellen Untersuchungen Tyndall's, dass die Exspirationsluft «optisch rein» sei. Diese Ansicht haben die Verff. bacteriologisch zu verificiren versucht, indem sie durch Fläschchen, in denen alcalisirte und sterilisirte Bouillon sich befand, der später, um grössere Viscosität der Flüssigkeit und Verlangsamung des Luftstroms zu erlangen, Gelatine zugefügt wurde, langsam einen Exspirationsluftstrom passiren liessen (in einer halben Stunde 250—300 Liter). Darauf wurden die Fläschchen bei 35° C. einige Tage lang aufbewahrt. Der grösste Theil derselben blieb steril. Einige zeigten nur spärliche Mikroorganismenwucherungen, die aber Experimentfehlern zuzuschreiben waren (Speichelbeimischung etc. etc.).

Auch andere Forscher hatten ähnliche Resultate gehabt, so hat Grancher in einer grossen Reihe von Experimenten *nie* Tuberkelbacillen in der Exspirationsluft nachweisen können, ebenso wenig hatten Charrin und Karth bei analogen Versuchen Erfolg.

Hieraus folgt, dass Menschen und Thiere in einem begrenzten Raume beisammen die Luft, bezüglich der Mikroorganismen natürlich, nicht verunreinigen, vielmehr noch reinigen. Dagegen sprechen die Erfahrungen von Pasteur, Lemaise, Miquel und Anderen, dass überfüllte Räume (Hospitäler, Kasernen) mikroorganismenreicher seien, *nicht*, denn daran sei die Respiration nicht schuld, wohl aber die Kleidungsstücke und der Staub daran, der durch die Bewegungen aufgewirbelt werde und die trockengewordenen, pulverförmigen Expectorationsmassen. N.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Theodor Heryng: Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung. gr. 8° 192 S. Mit 3 Holzschnitten und 3 lithogr. Tafeln. Stuttgart 1887. Ferdinand Enke.

Es ist eine weit angelegte Studie, welche der Verf. bietet. An die Aetiologie und patholog. Anatomie der tuberculösen Kehlkopfphthise schliessen sich anatomische und histologische Beweise der Heilbarkeit derselben, vor Allem einige Fälle spontaner Heilung. Der klinische Theil der Arbeit bringt eine Casuistik der einzelnen Behandlungsmethoden, der Krause'schen Milchsäure-Einreibungen, der Mor. Schmidt'schen Incisionen, endlich eine Reihe von Fällen, die mit Curettement behandelt wurden, zum Schluss einige Beobachtungen über Jodoformemulsion, welche in die infiltrirten Kehlkopfpartien injicirt wurde. Die Resultate sind ausgezeichnete, in 15 Fällen von tuberculösen Kehlkopfulcerationen wurde mit Milchsäure in 11 Fällen Heilung erzielt; in 20 Fällen von tuberculösen Geschwüren im Larynx ist in 15 Fällen bei rein chirurgischer Behandlung ein günstiges Resultat erzielt worden, und darunter befanden sich schwerste und bösartigste Formen, bei welchen die Milchsäure nur unvollständiges oder temporäres Resultat gab. Die Anästhesie wurde durch submucöse Cocain-Injectionen in die hintere Kehlkopfwand erzeugt. Die Resultate sind so überraschend gut, dass man nur Eines bedauert: Die Methode erfordert eine Dexterität und ein chirurgisches Geschick, wie man sie wohl nur sehr selten findet, denn nur die sicherste Technik darf es sich zutrauen, so capitale Eingriffe im Larynx vorzunehmen, wie Auslöffelungen, breite Incisionen von Infiltraten etc. Gemeingut der Aerzte kann solch' eine Methode nicht werden, es werden immer nur einzelne Wenige sein, die dieses Gebiet genügend beherrschen, um dem Verf. als Jünger folgen zu können. Max Schmidt.

Bericht über die Sitzungen der russischen medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs.

I. Gesellschaft der russischen Aerzte.

(Präses: Prof. S. Botkin).

Sitzung den 4. Februar 1888.

1. Dr. Jelissejew: «Ueber die Ursachen der Sterblichkeit unter den Eingeborenen Klein-Asiens». Vf. hat auf seinen Reisen in dieser Hinsicht reiches Material gesammelt, über welches er Folgendes mittheilt: Besonders häufig ist gewaltsamer Tod, theils Ermordungen durch Räuber (namentlich kommen auf diese Weise Armenier und Griechen um), theils Mord aus Rache. Dagegen sind Selbstmorde eine grosse Seltenheit unter den Mohamedanern. Zufällige Verletzungen führen häufig zum Tode, wegen Mangel an ärztlicher Hülfe. Von *Krankheiten* führt vor Allen häufig die bösartige *Malaria* zum Tode, namentlich herrscht sie in perniciöser Form an der Bucht von Alexandrette, im Thal des Jordans, sowie an den Ufern des todten Meeres und des Euphrats. Unter 283 Eingeborenen, welche J. genauer untersuchte, litten ca. 20% an Malaria (obgleich es keine Fieberjahreszeit war, nämlich October). *Lepra* soll selten vorkommen, *Cretinismus* fast nie. Dagegen breitet sich Syphilis immer mehr aus, ca. 8% der von J. Untersuchten zeigten deutliche Spuren von *Syphilis*. Verbreiter der Krankheit unter der Bevölkerung sind heimkehrende Soldaten, Arbeiter und Pilger (Chadshi). Im Allgemeinen soll die Syphilis in Anatolien bösartig sein und rasch die gummöse Periode eintreten, da jegliche Behandlung fehlt. *Ulcus molle* und *Urethritis* kommen fast nur in den Städten vor. Von den übrigen Infectionskrankheiten ist es allgemein bekannt, dass sie in Mittel-Asien ständige Herde bilden (ebenso wie in Egypten und Indien), so die *Cholera* in Mesopotamien, die *Ruhr* längs dem mittleren Theil des Tigris, *Diphtherie* im westlichen Theil Anatoliens und *Abdominaltyphus* in allen grossen Städten Klein-Asiens (Damascus, Alexandria, Smyrna, Bagdad, Brussa, Mossul etc.), wo sie eine bedeutende Mortalität geben. Desgleichen sind auch die *Pocken* sehr verbreitet, in einzelnen Gegenden ist ca. $^{1}/_{4}$ der Bevölkerung mit Pockennarben behaftet. Daher ist es leicht erklärlich, dass der letzte Türkenkrieg eine fast durch ganz Russland mit den gefangenen Türken ziehende Pockenepidemie brachte. Auch *Scharlach* und *Masern* trifft man sehr häufig. Sehr verbreitet ist auch die sogen. *Aleppo-Beule* oder das *Pendeh-Geschwür*. Der *Gelenkrheumatismus* ist häufig und da er nicht behandelt wird, findet man sehr häufig Herzfehler als Folge desselben. Vielfach kommen auch Augenleiden vor. Wenig verbreitet sind die *Tuberculose*, *Rhachitis*, *Bleichsucht* und dergl. *Verdauungsstörungen* sind sehr allgemein und meint J., es wirke dabei auch die beträchtliche Menge von Tabakssaft, die jeder Türke beim beständigen Rauchen mit dem Speichel verschluckt.

2. Dr. Grammatikati berichtet über «3 Fälle totaler vaginaler Uterusexstirpation wegen Carcinom». Mehrere Tage vor der Operation wurden die Krebsmassen mit dem Löffel ausgekratzt, einerseits zur mikroskopischen Untersuchung, andererseits um besser die Vagina vorläufig zu desinficiren. Nach der Operation wurde die Vagina tamponirt und zwar möglichst lange der Tampon liegen gelassen. In einem Falle, wo der Tampon schon am 3. Tage weggelassen wurde, trat am 9. Tage starke Blutung ein. Drainirt wurde nicht. Alle 3 Pat. genasen, in einem Falle jedoch trat nach ½ Jahr ein Recidiv ein, der 2. ist 15 Monate, der 3. 8 Monate noch gesund.

Sitzung den 18. Februar.

1. Dr. Jappa: «Ueber die Veränderungen der peripheren Nerven bei Schwindsucht». J. hat das Rückenmark und Nerven der Extremitäten von 15 schwindsüchtigen Männern untersucht (bei 11 Personen deutliche Zeichen chronischer Pneumonie, bei 4 acute Tuberculose). Das Alter der Personen schwankte zwischen 15—55 Jahren. Die frisch ausgeschnittenen Theile wurden mit Osmiumsäure und Spiritus bearbeitet, in Celloidin eingeschlossen und mit Picrocarmin gefärbt. Am Rückenmark liessen sich keine pathologischen Veränderungen nachweisen, an den peripheren Nerven dagegen fand man meist Anzeichen von degenerativer parenchymatöser Neuritis, namentlich an den Nerven der unteren Extremitäten.

2. Dr. Wjashlinski stellt «eine 11-jährige Somnambule» vor, die gegenwärtig in der Klinik des Prof. Bystrow aufgenommen ist. Sie war vor der Sitzung eingeschläfert und wurde eine Reihe von Versuchen angestellt.

Zu diesem Falle bemerkte Prof. Botkin, dass derartige Fälle freiwilligen Somnambulismus selten vorkommen, der Zustand sich jedoch sehr der Hypnotisation nähere. Ferner giebt er zu, dass unter Umständen das Hypnotisiren zu therapeutischen Zwecken verwerthbar sei. Er kennt zweifellose Fälle von Heilung hysterischen Hustens, Paraplegie, Schlaflosigkeit etc. durch Hypnotisiren.

3. Dr. Fedorow: «Ueber die hygienischen Verhältnisse der auf den Robbenfang ziehenden Pomoren des Südufers des weissen Meeres». In Gruppen zu ca. 8 Personen ziehen die Pomoren im Januar auf eine grosse Eisscholle (von ca. 10 □Werst) und leben auf derselben bis zum Mai, wobei sie natürlich unter hygienisch äusserst ungünstigen Verhältnissen leben, da der vom Festlande mitgenommene Proviant einförmig und oft unzureichend ist. Von Hautpflege ist keine Rede, Scorbut und Rheumatismus sind die steten Folgen dieses Lebens, zum Frühling auch Hemeralopie.

II. St. Petersburger medicinische Gesellschaft

Sitzung den 9. Februar.

1. Dr. Korezki: «Ueber die Technik der Exstirpation des carcinomatösen Rectums». K. weist auf die noch herrschende Verschiedenheit der Ansichten über die Rectum-Exstirpation überhaupt hin und hebt hervor, dass Alle jedoch darin einig seien, die Hauptgefahr in den möglichen Blutungen und der septischen Infection der Wundfläche zu suchen. K. hat selbst 1 Mal die Operation gemacht und 6 anderen Fällen beigewohnt. Auf Grund der bei diesen 7 Fällen gemachten Erfahrungen meint er, dass die Ursachen der Blutungen einerseits in der Operationsmethode (namentlich scheint ihm die Kraske'sche gefährlich), andererseits in der Ausdehnung des Operationsgebietes liegen; je höher hinauf, um so mehr Blutung. Jedenfalls müsse man möglichst stumpf operiren, wobei die Blutungen leichter vermieden werden. Septische Phlegmonen lassen sich leicht durch strenge Antiseptik vermeiden. In dem von ihm selbst (mit Dr. N. Weljaminow) operirten Falle bekam er fast gar keine Blutung. Nachher wurde nicht drainirt, sondern mit Jodoform-Marly tamponirt.

Sitzung den 23. Februar.

1. Prof. Poehl: «Ueber rationelles Herstellen von Arzeneiextracten, über das Untersuchen derselben und über den Alkaloidgehalt einiger russischer Arzeneipflanzen» (in extenso im «Wratsch» № 11 und 12 erschienen).

2. Dr. Turner: «Ueber Darmresection bei eingeklemmten Hernien». Es handelt sich um folgende 2 Fälle, die im Hospital der Troizki-Schwesterschaft zur Operation gelangten. Die 2 Pat. genasen und wurden von T. der Gesellschaft vorgestellt.

I. Bauer, 45 Jahre alt, rechtsseitige Inguinalhernie mit Hydrocele complicirt. Pat. kam ca. 4—5 Stunden nach der Incarceration in's Spital am 4. November 1887. Da die Reposition im warmen Bade nicht gelang, wurde eine Eisblase applicirt und in Folge Abwesenheit drohender Erscheinungen exspectativ verfahren. Am 6. November Kothbrechen, daher am 7. November Herniotomie (Dr. E. Pawlow). Man fand mortificirenden Darm, welcher in Ausdehnung von 50 Ctm. resecirt werden musste. [Sollte vorliegender Fall nicht wiederum ein Beweis sein, dass man bei incarcerirten Hernien nicht zu lange warten darf, sondern möglichst frühzeitig operiren muss. Ref.]. Es wurden an der Innenseite Wölfler'sche, an der Aussenseite Czerny'sche Nähte angelegt, der Darm versenkt, die Wunde vernäht, bis auf eine Oeffnung für Drainage. Am 12. November der erste Stuhl, am 14. November erster Verbandwechsel, Drain entfernt. Am 8. December Pat. genesen entlassen.

II. 43-jährige Bäuerin, seit 5 Jahren Hernia crural. dextr. Am 24. November Incarceration, am folgenden Tage im Erbrochenen bereits Kothbeimengung. Am 26. November Eintritt in's Hospital um 9 Uhr Abends, 2 Stunden darauf Herniotomie. Es mussten 8 Ctm. mortificirten Darmes entfernt werden. 30. November erster Stuhl 20. December der Verband abgenommen und am 29. December. Pat.. genesen entlassen.

3. Dr. Turner theilt noch einen tödtlich endenden Fall von «Resection des Pylorus wegen narbiger Strictur» bei einer 38-jährigen Potatrix mit, welche vor 3 Monaten Vitriol getrunken und in äusserst herabgekommenem Zustande in's Spital kam. Pat. ging an Durchfällen zu Grunde und die Section ergab Colitis diphtheritica.

III. Gesellschaft der Kinderärzte.

Sitzung den 11. Februar.

1. Aerztin Ernroth stellt ein 5-wöchentliches Kind vor, welches angeborenen «doppelseitigen Anophthalmus» aufweist, mit cystösem Colobom des linken unteren Augenlides. Die Eltern wie 2 Geschwister sind gesund und normal gebaut, ein Bruder dagegen kann weder gehen noch sitzen, ist stumm und soll auch Colobome der unteren Lider haben. Anophthalmus gehört nicht zu den grossen Seltenheiten. E. hat in 2 Jahren unter 9000 Kranken 5 Mal diese Anomalie gesehen. Dr. Jewezki hat bereits im «West. ophthal.» 22 Fälle beschrieben. Im vorliegenden sind die Thränenapparate fast normal.

2. Dr. Kissel: «Ueber Bestimmung der Herzgrenzen bei Kindern». Auf Grund von 100 in der Klinik des Prof. Bystrow untersuchten Kindern mit gesunden Herzen und Lungen kommt K. zu folgenden Schlüssen: Die rechte Grenze des Herzens geht unter den linken Rand des Brustbeines auf 1—1,5 Ctm. hin, nur ausnahmsweise auf 2 Ctm. Der linke Theil der oberen Grenze liegt an dem oberen Rande der 3. Rippe, die untere Grenze fällt gewöhnlich mit dem unteren Rande der 5. Rippe zusammen. Dabei reicht die absolute Dämpfung nie (ausser bei Herzhypertrophie) bis zum linken Sternalrand, wie das gewöhnlich auf Zeichnungen dargestellt wird.

Discussion. Dr. Rauchfuss bemerkte dazu, dass die Percussion bei Kindern die allerverschiedensten Resultate geben kann, je nachdem, wie stark man anschlägt; viel sicherer sei die Palpationsmethode, welche stets die obere Grenze auf dem 2., die untere Grenze auf dem 5. Intercostalraum ergebe. Einen sonoren Streifen zwischen Sternum und Herzgrenze findet man dann nicht.

Dr. Russow weist darauf hin, dass die Resultate K.'s an der Leiche controlirt werden müssten. Hierauf entgegnet Dr. K., dass er an Leichen ebenfalls untersucht und zu denselben Resultaten gekommen sei.

Dr. Jakubowitsch meint, der Ausdruck «obere Grenze» sei ungenau, es sei richtiger, wenn man von dem «oberen Winkel» der Dämpfung spreche. Dr. Kissel entgegnet, auf seinen Zeichnungen habe sich nach oben hin kein Winkel ergeben.

3. Dr. Huhn: «Ueber Sayre'sche und abnehmbare Corsets». Er demonstrirt die von Dr. Anders construirten Corsets aus Hasenfell, mit Schellack getränkt.

IV. Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit.

Sitzung den 12. Februar.

1. Privatdocent Kislakowski (Moskau) hält einen Vortrag über die «Lipezk'schen Mineralwässer», wobei er sich vorherrschend bemüht, die Ansicht Woislaw's zu widerlegen, welcher behauptet hat, dass die genannten Quellen wegen zu geringen Gehaltes an Eisen und Anwesenheit von Stickstoffverbindungen als Heilquellen unbrauchbar seien.

Es folgte eine lebhafte *Discussion*, aus welcher sich ergab, dass das Mineralwasser in Lipezk sich in den letzten Jahren zum Nachtheil verändert habe, namentlich in Folge davon, dass sich eine nicht unbedeutende Quantität Salpetersäure eingestellt habe, während der Eisengehalt abgenommen. Es müsste die Badeverwaltung energisch darnach trachten, durch Entdeckung neuer Quellen, den gefährdeten Ruf von Lipezk als Curort zu retten, von den jetzigen Quellen sei kein Heilerfolg zu erwarten.

2. Dr Rjabtschizki: «Ueber den Einfluss der Flussbäder (in der Wolga) auf Hautempfindlichkeit, Puls, Respiration, Körpertemperatur, Muskelkraft und Gewicht gesunder Menschen». (Der Vortrag giebt die Resultate dieser als Dissertation erscheinenden Arbeit). R. hat seine Beobachtungen in Nishni-Nowgorod im Sommer an 10 Soldaten vorgenommen. Die *Hautempfindlichkeit* ist je 952 Mal vor und nach dem Bade gemessen und ergab sich meist eine Erhöhung derselben (70,6%), während sie bei 19,2% vermindert und bei 10,2% unverändert geblieben. Die mittlere Zahl der Erhöhung (mit dem Weber'schen Cirkel gemessen) ergab 1,7—4,9 Mm. Der *Puls* wurde bei 86% (444 Zählungen) verlangsamt (um 2—40 Schläge). Die Respiration war in 53,4% verlangsamt, bei 16,2% beschleunigt. Die *Körpertemperatur* (1224 Mal gemessen) war stets herabgesetzt (um 0,1—2,9° auf der Haut gemessen), um 0,1—2° sub axilla und 0,1—1,7° in recto. Die *Muskelkraft* war meist verstärkt worden. Das *Körpergewicht* nimmt gewöhnlich etwas ab, nachdem eine Reihe von Bädern gebraucht worden.

3. Dr. Mrongovius: «Vergleichung der Wirkung warmer Bäder aus Süsswasser und aus Druskeniki-Mineralwasser. (Auszug aus M.'s Dissertation). Die Beobachtungen sind an 18 kranken und 2 gesunden Soldaten gemacht. Durch Mineralbäder wurde der Blutdruck in der Ulnaris etwas weniger herabgesetzt, als durch Süsswasserbäder, die Muskelkraft wurde durch beide Bäderarten vermindert.

4. Verlesung des Vortrages des Dr. Dubinin «über medicinischen Mineral-Schlamm» bei der Station Warniza, an den Waldaischen Höhen.

Sitzung den 19. Februar.

1. Dr. Sadowen: «Ueber das Hungern des Menschen». S. hat an einem gesunden Manne 3 Versuchsreihen zu 4 Tagen angestellt: 1) bei absolutem Hungern, 2) bei alleinigem Genuss von Wasser, 3) bei alleinigem Genuss von Kohlehydraten. In allen 3 Reihen fiel das Gewicht, am meisten bei absolutem Hungern, am wenigsten bei Kohlehydraten als Nahrung. Am 1. Hungertage vermindert sich das Gewicht am bedeutendsten und nimmt die Stickstoffausscheidung um ca. 40% ab. Die Kohlensäureausscheidung wurde nur wenig verringert. Schwefelsäure- und Phosphorsäureausscheidung im Harn wurde vermindert, dagegen Kalksalze mehr ausgeschieden als bei guter Nahrung.

2. Dr. Kandarazki: «Ueber die endemische Ausbreitung des Kropfes unter den Tscheremissen des Gouvernements Kasan». K. hat 1887 10 Dörfer des Zarewokokschaisk'schen und 11 Dörfer des Tscheboksari-Kreises besucht und im Ganzen ca. 1000 Fälle ausgebildeten Kropfes gefunden (wie gross die Zahl der Bewohner, ist leider nicht angegeben. Ref.). Eine mässige Vergrösserung der Schilddrüsen dagegen wurde bei fast allen Einwohnern constatirt. Meist handelte es sich um reine Hyperplasie, doch fand er bei alten Leuten die fibröse Form mit Incalcination. Meist ist der Kropf zu Beginn der Pubertät aufgetreten, doch sah ihn K. auch schon bei 2—3-jährigen Kindern. Die Zahl der Idioten und Taubstummen in der Gegend ist eine recht bedeutende. Sehr ernst ist die Beobachtung, dass ganze Gemeinden allmälig aussterben. So fand er im Dorf Asjak-Beljak, wo von 511 Einwohnern 184 Kröpfe hatten und 18 Idioten waren, eine bedeutende Verminderung der männlichen Bevölkerung.

3. Dr. Siebold verlas einen Auszug aus seiner Dissertation «Ueber die Bestimmung des Nährwerthes verschiedener Fleischsorten».

4. Dr. Ugrjumow: «Ueber den Einfluss der statischen Electricität auf den Gasstoffwechsel bei Thieren». Er kommt durch seine Experimente zu dem Schlusse, dass die Kohlensäureausscheidung unter dem Einfluss der Electrisation um 8—33% gesteigert wird. Einen Einfluss übt das Wetter aus; bei trockenem Wetter ist die Ausscheidung stärker, bei feuchtem geringer. Die Quantität der ausgeschiedenen Wasserdämpfe ist auch vermehrt, jedoch in geringerem Grade.

Sitzung den 26. Februar.

1. Dr. Lukaschewitsch: «Ueber die Desinfectionswirkung des Ozon». L. hat eine Reihe von Versuchen von Tödtung verschiedener Bacterien gemacht und kommt zu dem Schlusse, dass die desinficirende Wirkung eine äusserst geringe sei, dagegen sei Ozon aber vorzüglich als Desodorans. [Wir benutzen seit Jahren im Anatomicum des Alexanderhospitales Kali hypermanganic. crud., auf welches man Acid. sulf. crud. giesst; es entwickeln sich dabei Ozondämpfe, die momentan desodoriren. Ref.]

2. Dr. Golynez: «Ueber die Sterblichkeit an croupöser Pneumonie in St. Petersburg pro 1881—86 in ihrer Beziehung zu den verschiedenen Altersclassen der Bevölkerung». In der genannten Zeit starben an Pneum. croup. 7026 Personen (durchschnittlich 1171 pro Jahr), d. h. ca. 3,9% aller Verstorbenen. Das grösste Contingent an Pneum. liefert das Alter (51—60 Jahre) und wurden 19 Fälle von Personen über 80 Jahre notirt. Am wenigsten starben aus der Altersclasse 11—30 Jahre an Pneumonie. Im Alter bis zu 6 Jahren ist die Mortalität an Pneumonie sehr bedeutend. Am häufigsten treten Sterbefälle an Pneum. im April ein, am seltensten im August.

3. Dr. Suchorutschkin: «Ueber Verbesserung der Impfverhältnisse in einem Gebiet des Gouv. Twer». S. liess sich erst eine Liste sämmtlicher Kinder des Gebietes anfertigen und fuhr dann mit dem Impfer umher und impfte dann alle diejenigen im Verzeichniss genannten Kinder, welche noch ungeimpft waren.

V. Geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung den 25. Februar.

1. Prof. Slawjanski: «Ueber Perimetritis lateralis, resp. Peritonitis pelvica lateralis». Es handelte sich dabei um eine gleichzeitige Peritonealentzündung sowohl des Ueberzuges der Lig. lata, Tuben und Seitentheile des Uterus, wie auch der dabei liegenden Darmschlingen und der äusseren Seite des Ovariums. Eine strenge Sonderung von Perisalpingitis und Perioophoritis ist nur in einigen Fällen möglich, weil fast immer gleichzeitig die anderen, eben erwähnten Theile mit erkranken. Er unterscheidet entsprechend der Allgemein-Peritonitis auch bei der lateralen Perit. eine *nicht infectiöse, nicht septische Form* (durch Erkältung, Trauma bewirkt) von der *infectiösen, bacteriellen* (Staphylokokken, Gonokokken, Tuberculose und Actinomycose erzeugt). Bei Letzterer dringen die Bacterien in die Tube, erzeugen Endosalpingitis, die zur Perisalpingitis etc. führt. Einen weiteren Ausgangspunct der Perimetrit. lat. bildet das Eindringen der Bacterien in die Lymphgefässe der Lig. lata, namentlich bei puerperalen Processen. Die meist infectiösen Formen gehen vorherrschend von dem Ovarium aus und heilen leicht, während die infectiösen Formen sich lange hinziehen und selten zur Genesung führen. Aus dem Dargelegten leitet S. die Indication her, in den genannten Fällen die Entfernung der erkrankten Tuben event. Ovarien auf operativem Wege vorzunehmen. Er selbst hat diese Operation 15 Mal gemacht und keine Patienten dabei verloren. Eine Vorbedingung der Operation ist das Abwarten des acutesten Stadiums und das Entfernen oder Lockern der Verwachsungen, welches sich durch Massage und Gymnastik erreichen lässt, wenngleich auch nicht immer. In letzteren Fällen entfernt S. die Tube stückweise und schont die bedeutenderen Adhäsionen. Zum Schlusse lenkt S. noch die Aufmerksamkeit auf die Bardenheuer'sche Methode die Ovarien fast extraperitoneal zu entfernen, indem derselbe den Schnitt parallel dem Lig. Poupartii legt, das Peritonäum von der Harnblase löst, zur Wurzel der Lig. lata geht, die Blätter der letzteren spaltet und auf diesem Wege zum Ovarium gelangt.

2. Secretär Dr. Smolski verliest die von Dr. J. Fedorow eingesandte Arbeit: »Einige Worte über die Vorzüge der geraden parallelen Zange des Prof. Lasarewitsch». Sie wurde in zahlreichen Fällen in Prof. Jastrebow's Klinik (Warschau) mit Erfolg angewandt.

DDr. Bazewitsch und Smolski sprechen sich gegen diese Zange aus. Letzterer führt namentlich an, dass der hintere Theil des Perineums stark gedrückt werde, was bei Erstgebärenden unfraglich Beschwerden verursacht.

Prof. Lasarewitsch protestirt gegen die Ansicht, als ob der Kopf durch seine Zange stark gedrückt würde.

Prof. Slawjanski spricht sich für L.'s Zange aus.

VI. Russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft.

Sitzung den 17. Februar.

1. Dr. S. Polotebnow: «Ein Fall vollständiger Heilung von Umbilicalhernie, die gleichzeitig mit Laparotomie wegen rechtsseitiger Ovarialcyste operirt worden». (Aus der Klinik des Prof. Lebedew). Es handelte sich um eine ältere Frau, die 9 Mal geboren hatte.

2. Dr. Korezki berichtet über 3 Fälle von «Ostitis epiphysaria und deren Verhältniss zur Tuberculose».

VII. Russische syphilidolog. und dermatolog. Gesellschaft.

Sitzung den 27. Februar.

1. Dr. Werjuschski: «Ueber Culturen von Pilzen des Herpes tonsurans und Achorion Schönleinii», die er theils bei Pasteur,

theils im hiesigen Nicolai-Militärhospital hergestellt und die er dem Vereine demonstirte. Die Culturen weisen deutliche Unterscheidungsmerkmale auf. Trichophyton hat ein bedeutendes Sauerstoffbedürfniss, während Achorion auch bei sehr geringem Sauerstoffgehalt in der feuchten Kammer noch Fäden treibt. [Die Arbeit ist bereits im «Wojenn. Med. Sh.» und in den «Annales de l'Institut Pasteur» veröffentlicht].

2. *Discussion* über den Vortrag des Dr. Reschetnikow (cfr. Januarsitzung).

Dr. Ussas wendet sich gegen die Parasitentheorie bei Syphilis und meint, die gummöse Periode lasse sich dabei nicht erklären, namentlich wenn sie nach Jahren auftritt.

Dr. Reschetnikow entgegnet, dass im Laufe der Jahre die Syphilis-Mikroorganismen sich wahrscheinlich soweit dem Organismus adaptiren, dass sie dann nicht nur in den oberflächlichen Theilen (Haut, Schleimhaut), sondern auch in den inneren Organen sich allmälig weiterentwickeln können.

Dr. Fischer meint, die Wirkung des Hg auf den Verlauf der Syphilis könne man sich nicht eher erklären, bevor nicht klargestellt, was das Leben und die Ernährung der lebenden Gewebe sei. Ferner wendet er sich gegen die Theorie von der antibacteriellen Wirkung des Sublimates bei Syphilis. Seiner Ansicht nach wirke das Hg anfangs tonisch auf den Organismus, führt man zu grosse Mengen ein, so geht die tonische Wirkung verloren und tritt an ihre Stelle die toxische Wirkung.

Dr. Petersen bestätigt die günstige Wirkung des Hg oxydat. flav. bei Syphilis und hebt hervor, dass die Injectionsmethode einen grossen Schritt vorwärts gethan, seit man angefangen hat unlösliche Hg-präparate in grösseren Quantitäten (Calomel gr. jj, Hg oxyd. flav. gr. j) in grösseren Zwischenräumen zu injiciren. Dadurch sei die Behandlung der Syphilis in ein neues Stadium getreten, namentlich für die Landpraxis.

Dr. Smigrodski macht noch die Bemerkung, wenn man über Schwinden der Hautsymptome spräche, sei es nicht genügend, sich auf's Auge zu verlassen, sondern man müsse es wie Neumann machen, der einige Stellen der Haut, wo er Roseola bemerkt hatte, die bald darauf geschwunden, excidirte und noch Reste von Infiltration nachweisen konnte. [Was würden unsere Pat. sagen, wenn wir auf diese Weise unsere wissenschaftlichen Beobachtungen anstellen wollten? Ref.]. Ferner meint er, ob nicht nach den Injectionen Temperatursteigerungen eintreten, welche die Roseola zum Schwinden bringen.

Dr. Tschistjakow erkennt die Methode der Injectionscuren vollkommen an; meint aber, exacte Dosirung sei nur bei löslichen Präparaten möglich; von den unlöslichen wisse man noch nicht, in welcher Weise sie resorbirt werden; vielleicht bleibt des Hg in Herden liegen und wird stossweise resorbirt [dagegen sprechen die Erfahrungen bei Sectionen und die Analysen von Dr. Reschetnikow. Ref.]. T. hat metallisches Hg zu gr. j nach je 1—2 Wochen injicirt, die Methode aber fallen gelassen, wegen langsamen therapeutischen Effectes. Die sogen. Abscesse nach Injectionen unlöslicher Salze des Hg will T. nicht als solche ansehen, sondern hält sie nur für locale Mortification des Gewebes, durch physikalische und chemische Ursachen bedingt. Die Injectionsmethode mit Hg oxyd. flav. hält T. übrigens für eine äusserst energisch wirkende. Als mögliche Nachtheile erwähnt T. die Möglichkeit den Ischiadicus zu verletzen und die dazwischen eintretende heftige Reaction, doch werde sich Beides bei Vorsicht wohl vermeiden lassen.

Prof. Tarnowski sagt zum Schlusse, die von R. entwickelte Theorie der Parasiten bei Syphilis sei äusserst verlockend und wird sich gewiss mit der Zeit als richtig bestätigen. Die Injectionsbehandlung der Syphilis ist die beste aller bekannten Methoden. Bei der Behandlung mit Hg oxyd. flav. muss man jedenfalls 2 grosse Vorzüge anerkennen, die tiefen musculären Injectionen geben keine Abscesse und die Schmerzen sind gering.

3. Dr. Petersen demonstrirt den von ihm construirten «Urethral-Irrigator», welcher die bisher gebräuchlichen Tripperspritzen ersetzen soll.

Prof. Tarnowski hebt als besonderen Vortheil dieses Apparates hervor, dass man einen continuirlichen Strahl erhält, was bei den gewöhnlichen Spritzen gewöhnlich nicht der Fall ist.

4. Dr. Fischer demonstrirt den «Irrigator-Ansatz des Dr. Swiderski», welcher in einer Glasröhre besteht, an deren Ende sich 2 Oeffnungen derartig angelegt befinden, dass beim Einspritzen (nachdem die Röhre in die Urethra eingeführt) die Flüssigkeit die Urethralschleimhaut von hinten nach vorne bespült. Dr. Swiderski will seinen Irrigator zur Behandlung des Trippers in den ersten Tagen angewandt wissen und in einigen Fällen guten Erfolg erzielt haben.

VIII. Gesellschaft der St. Petersburger Marine-Aerzte.

Sitzung den 9. Februar.

1. Dr. W. Popow hält einen Vortrag über «Anomalien der Lage des Hodens» und demonstrirt 2 Patienten mit abnorm hoher Lage des Hodens. [Der Eine derselben ist bereits im Januar in der Gesellschaft russischer Aerzte gezeigt. cf. Januarbericht].

Discussion. Dr. Galusinski und Dr. Petersen heben die Seltenheit derartiger Anomalien hervor. G. hat viele Jahre als *Mitglied* der Recruten-Commission gearbeitet und nur 1 Mal einen Mann mit 3 Hoden gesehen, Verlagerungen, wie die demonstrirten aber nie gesehen. P. hat in 10 Jahren im Alexanderhospital ca 12,000 Pat. zu beobachten Gelegenheit gehabt, aber auch nur 1 Mal die Anlage zu einem 3. Hoden constatiren können.

2. Dr. Trubatschew theilt einen «Fall von Abdominaltumor» mit, dessen Natur nicht festgestellt werden konnte: Pat. 28 Jahre alt, hatte am 31. Juli in trunkenem Zustande starkes Erbrechen gehabt, Tags darauf Schüttelfrost und Mattigkeit. *Stat. präs.*: Guter Körperbau, leicht icterische, feuchte Haut. Temp. 38,9 Abends, 37,6 Morgens, Zunge belegt. In der Magengrube ein Tumor von rundlicher Form, über dem die Haut verschiebbar, seine Oberfläche glatt, nur bei starkem Druck Schmerzempfindung. Der Bauchumfang über dem Tumor gemessen 85 Ctm. Nach unten geht der Tumor fast bis zum Nabel, nach oben schwindet die Grenze unter dem rechten Rippenbogen, die Leber nicht vergrössert, an den übrigen Organen keine Veränderungen. Während ca. 1 Monats, den Pat. im Hospital zugebracht, trat keine wesentliche Veränderung am Tumor auf, Harn 1300—3100 Ccm., Spuren von Eiweiss, die Temp. die ganze Zeit erhöht. T. theilt bezüglich der Diagnose mit, dass Prof. v. Wahl, der diesen Pat. bei einem Besuche im Marine-Kalinkinhospital gesehen, von der Möglichkeit gesprochen habe, dass es sich um eine Blutcyste des Pancreas handeln könne und zwar in Folge von Gefässzerreissung beim Erbrechen.

Dr. Trubatschew ist eher geneigt das Leiden als von der Leber ausgehend anzusehen und vermuthet entweder einen Abscess oder eine Dislocation der Leber.

Dr. Kudrin macht darauf aufmerksam, dass das Fieber nicht nothwendiger Weise mit dem Tumor zusammenzuhängen brauche, und dass es sich möglicher Weise gleichzeitig um zweierlei Erkrankungen handeln könne.

4. Dr. A. Bunge theilt «2 Fälle von Syphilis, an der Lenamündung beobachtet» mit. (Die Mittheilung wird in der «St. Petersb. med. Wochenschr.» in extenso erscheinen).

Discussion. Dr. Petersen wendet sich gegen die übliche Ansicht, als ob das Klima besonderen Einfluss auf die Schwere der Syphilisformen ausübe, überall könne man 3 Kategorien von Syphilis beobachten, schwere, mittlere, leichte Formen; bald ist die eine, bald die andere prävalirend. Für diese Ansicht liefert B.'s Vortrag wiederum einen Beweis. Nicht das Klima, sondern die hygienischen Bedingungen wirken im Einzelfalle auf Verschlimmerung und Besserung der Form. Beim Ulcus molle sei das anders; im Süden, wo Wundsecrete sich leichter zersetzen, kommen häufiger schlimme Formen vor, wie P. das namentlich 1877 in Rumänien beobachtet hat.

Dr. Kudrin stimmt vollkommen dieser Ansicht bei und fügt hinzu, dass er gleich schwere Syphilis in China und Japan, wie auch in Griechenland gesehen. In letzterer Gegend complicirte sich jedes Ulcus molle mit Bubo und verlief langsam (bis zu 80 Tagen).

Dr. Merzalow bemerkt dazu, er habe nirgends so starken Zerfall der Bubonen gesehen, wie gerade in Griechenland.

(Schluss folgt.)

Vermischtes.

— Weitere Beileidsadressen hat Dr. Dreypölcher von den Gesellschaften der Tschernigowschen, der Jekaterinoslawschen und der Odessaer Aerzte erhalten.

— Die Geschwister, Fräulein Alexandra und Emma Lerche haben der hiesigen Augenheilanstalt ein Kapital von 12,000 Rbl. übergeben mit der Bedingung, dass von den Zinsen desselben in der Anstalt zwei Betten auf den Namen des Gründers der Augenheilanstalt Dr. Wilhelm Lerche und seiner Gemahlin Pauline unterhalten werden. (Der im Jahre 1845 verstorbene Dr. Wilhelm Lerche stammte aus Trautenstein am Harz und hatte seine medicinische Bildung an der Universität Dorpat (1809—1812) erhalten, wo er i. J. 1812 zum Doctor medicinae promovirt wurde. Nachdem er anfangs als Regimentsarzt bei der damaligen russisch-deutschen Legion fungirt, wurde er als Arzt in St. Petersburg angestellt und später zum Director der St. Petersburger Augenheilanstalt und Leiboculisten des Kaiserlichen Hofes ernannt).

— Der ausserordentliche Prof. der operativen Chirurgie an der Universität Warschau, Dr. A. Tauber, ist zum *ordentlichen Professor ernannt* worden.

— Dr. Al. Sadowen hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für allgemeine Pathologie* an dieser Academie *habilitirt*.

— *Verstorben*: 1) In Moskau am 25. März der dortige Frauenarzt, Staatsrath Peter Golubew, im 74. Lebensjahre. 2) In Kischinew der noch junge Arzt Stanewitsch an der Schwindsucht. 3) Der ältere Arzt des XIII. Reserve-Infanterie-Bataillons Mich. Boguschewski. 4) In Stuttgart der bekannte Naturforscher und Nordpolfahrer, Dr. Emil Bessels, im 41. Lebensjahre. 5) Bei Karlsbad (in Böhmen) der frühere Leibarzt des Kaisers von Oesterreich, Hofrath Prof. Dr. Joseph Freiherr von Löschner im 79. Lebensjahre.

— Der bisherige ord. Professor der Anatomie Dr. O. Hertwig in Jena ist zum ord. Professor für dasselbe Fach an der Berliner medicinischen Facultät ernannt worden.

— Die von Prof. v. Bergmann zur Gedächtnissfeier für Bernhard v. Langenbeck auf dem deutschen Chirurgencongress gehaltene Rede, welche sowohl der Form als dem Inhalte nach gleich

meisterhaft ist, liegt uns jetzt in ihrem Wortlaut vor und zwar in Form einer Broschüre [1]) mit ergänzenden und erklärenden Anmerkungen aus der Feder des Autors selbst. Leider gestattet uns der Raum unserer Wochenschrift nicht, die Rede ausführlich wiederzugeben. Wir wollen hier aber einige wichtige Momente derselben berühren und namentlich auch die Stelle hervorheben, an welcher Prof. v. Bergmann auf die von Prof. Verneuils auf dem französischen Chirurgencongress (cfr. № 13, S. 115 dieser Wochenschr.) gethane Aeusserung eingeht, dass in Frankreich die chirurgische Therapie viel conservativer, als in andern Länder sei und der von Billroth der französischen Chirurgie gemachte Vorwurf, dass dieselbe den immensen Fortschritten der deutschen und englischen Chirurgie nur hinkenden Schrittes nachfolge, ungerecht sei.

Als erstes und vornehmstes Merkmal der modernen deutschen Chirurgie, betonte v. Bergmann, sei die Entwickelung derjenigen Schule anzusehen, welche Langenbeck gegründet hat: von der Physiologie zur Chirurgie, von dem Mikroskop zum Resectionsmesser. Darin liege die Bürgschaft für die Gründung und Erhaltung der Chirurgie auf wissenschaftlichem Boden, für ihre Förderung allein durch die Mittel und Methoden der Naturforschung, Beobachtung nämlich und Experiment.

Es liege darin aber weiter auch ein Gegensatz zu den Forderungen, welche ausserhalb der Grenzen des deutschen Sprachgebietes für die Vorbildung des Chirurgen gestellt werden. Dort sei zwar auch die Bedeutung einer gründlichen anatomischen Schulung unbestritten, aber die einer experimentell pathologischen, einer histologischen, entwickelungsgeschichtlichen und bacteriologischen noch kaum zur Forderung erhoben. Das beweise ein blosser Vergleich des Inhaltes der Tagesordnungen der deutschen Chirurgencongresse mit denen Frankreichs und Amerikas.

Eine weitere Eigenthümlichkeit deutscher Chirurgie, welche Redner ebenfalls auf v. Langenbeck zurückführt, sei die Eröffnung neuer Operationsgebiete, der Versuch, Krankheiten, die bis dahin operativ nicht behandelt worden waren, nun mit dem Messer in der Hand des Chirurgen zu heilen. Alle diese neuen Operationen gründen sich auf die Ergebnisse überlegt durchgeführter Thierversuche und wer auch nur oberflächlich die neueste Geschichte der Chirurgie kennt, müsse wissen, dass überall hier deutsche Arbeiter und vorzugsweise wieder die Schüler Langenbeck's vorangegangen sind.

Vor Uebertreibungen und Ausschreitungen habe Niemand mehr gewarnt, als Langenbeck, welcher die verstümmelnden Operationen, wie z. B. die Amputationen der Extremitäten, mehr als irgend ein anderer Chirurg eingeschränkt und zurückgedrängt hat. „Allein das Schöpferische als Recht der Chirurgie", sagte v. Bergmann weiter, „hängt, wie ich dem ausgezeichneten französischen Altmeister (Verneuil) auf ein an uns soeben gerichtetes Wort antworten muss, doch am Rechte des Bistouri, und die den Werth und die Worte des letzteren heute nicht anerkennen, müssen es sich eben gefallen lassen, dass unter den neu in die chirurgische Kunst eingeführten Operationen nur deutsche, englische und italienische Namen stehen. Seit die Durchtrennung der Knochen mit Messer und Meissel weniger gefährlich geworden ist, als das dereinst noch von Langenbeck so warm empfohlene Brisement forcé contracter Glieder, steht unsere Kunst nun einmal so, dass sie die blutigen Operationen zu Acta minoris periculi als die unblutigen und die sogen. milden und medicamentösen Encheiresen rechnet. *Wer nicht voranreitet, hinkt eben nach.*"

Die wissenschaftliche, alle Uebergriffe ausschliessende Basis, vereint mit der Kühnheit des Vorgehens und dem Vorwärtsstreben, das seien die Impulse, welche Langenbeck der deutschen Chirurgie gegeben hat! Bf.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 10. April d. J. 6594 (100 weniger als in der Vorwoche), darunter 533 Typhus- (7 weniger), 720 Syphilis- (29 weniger), 39 Scharlach- (7 weniger), 21 Diphtherie- (2 weniger als in der Vorwoche) und 7 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— Der Kaiser von Oesterreich hat dem berühmten Physiologen Prof. Dr. Ernst v. Brücke in Wien, das «*Ehrenzeichen für Kunst und Wissenschaft*» verliehen. Diese erst im vorigen Jahre behufs Anerkennung hervorragender Verdienste auf dem Gebiete der Wissenschaften und Künste gestiftete hohe Auszeichnung besass bisher nur der berühmte Anatom Joseph Hyrtl.

— Am 8. April c. beging Dr. Valentin v. Holst in Riga sein *25jähriges Doctorjubiläum* unter Betheiligung weiterer Kreise.

— Das von uns bereits gemeldete *50jährige Jubiläum* des Präsidenten des Medicinalrathes, Prof. emer. wirkl. Geheimrathes Dr. Zdekauer fällt auf den 7/19. Mai d. J. Die russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat mit Allerhöchster Genehmigung zur Feier dieses Tages eine Festsitzung anberaumt, welcher die Glieder des Medicinalrathes beiwohnen werden. Zur Theilnahme an der Feier werden ausserdem alle Academien, Universitäten, medicinischen Gesellschaften und wissenschaftlichen Vereine eingeladen. Nähere Auskünfte bezüglich der Jubiläumsfeier ertheilt auf Verlangen der Vorsitzende des Jubiläumscomités, Prof. J. E. Andrejewski (St. Petersburg, Grosse Masterskaja, Haus № 10). (Wr.)

[1]) Im Verlage von Hirschwald in Berlin erschienen.

— Nach den von der „Gothaer Lebensversicherungs-Bank" angestellten statistischen Erhebungen überschritt im vergangenen Jahre die *Sterblichkeit der Aerzte* die der Gesammtzahl der Versicherten *um 11,53%.* Die Todesarten, welche diese höhere Sterblichkeit bedingten, waren Erkrankungen der Athmungs-Organe, Infectionskrankheiten und Schwindsucht. Unter den Infectionskrankheiten war es fast allein der Typhus, der namentlich unter den jüngeren Aerzten eine höhere Sterblichkeit veranlasste. Von Leichenvergiftung ist unter 1052 Todesfällen nur ein einziger, einen preussischen Kreis-Physicus betreffend, zur Anzeige gekommen. Die grössere Häufigkeit des Gehirnschlagflusses macht sich schon vom 36. Lebensjahre an bemerklich. Durch Selbstmord endeten 14, durch Verunglückung 4 Aerzte, was erheblich hinter der berechneten Durchschnittszahl 30 zurück bleibt. (Allg. med. Central-Ztg.).

— Die *Irrenanstalt Rothenberg bei Riga,* welche bekanntlich i. J. 1861 von dem verstorbenen Dr. Brutzer als Privat-Irrenheilanstalt begründet wurde und i. J. 1872 durch Kauf in den Besitz der Stände Rigas gelangt ist, soll demnächst *erweitert und umgestaltet* werden. Das Rigaer Stadtamt beabsichtigt, je einen massiven Kranken-Pavillon von 50 Betten für Männer und Frauen, eine Zwischenstation von 12 Betten für polizeilich detinirte Geisteskranke, sowie ein massives Verwaltungsgebäude an Stelle des jetzigen zu errichten. Ausserdem ist eine neue Wasserversorgung und Wasserableitung, der Ankauf des Asyls Waldheim von den Erben des Dr. Brutzer und die Erweiterung des Areals von Rothenberg in Aussicht genommen. — Die zur Durchführung dieses Projectes erforderliche Summe von 240,000 Rbl. soll auf dem Wege einer Anleihe aufgebracht werden.

Vacanzen.

— *Landschaftsarztstelle im Kreise Krassny* (Gouv. Smolensk). Gehalt inclusive Fahrtengelder 1500 Rbl. jährlich. Auf diese Stelle Reflectirende haben ihre Anmeldungen mit den Documenten unter nachstehender Adresse einzusenden: „Въ г. Красный, Смоленской губерніи, въ Земскую Управу".

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 3. bis 9. April 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
460	366	826	172	109	131	13	14	25	79	58	60	62	46	35	15	7

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 31, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 18, Scharlach 7, Diphtherie 7, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 49, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 132, Tuberculose anderer Organe 8, Alcoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 44, Krankheiten des Verdauungscanals 113, Todtgeborene 26.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 912	25.—31. März	2492	30,0	—	1668	20,3
Paris . . .	2 260 945	25.—31. März	1440	33,1	93	1122	26,8
Brüssel . .	181 270	18.—24. März	95	27,2	2	91	26,4
Stockholm .	216 807	18.—24. März	137	32,8	4	118	28,3
Kopenhagen	300 000	28. März-3. April	201	34,8	10	155	26,9
Berlin . . .	1 414 980	25.—31. März	870	31,9	32	591	21,7
Wien . .	800 836	25.—31. März	443	28,9	26	489	31,7
Pest . . .	442 787	18.—24. März	344	40,4	18	334	39,2
Warschau .	439 174	18.—24. März	200	23,8	16	202	23,9
Odessa . .	268 000	25.—31. März	—	—	4	113	21,9
St. Petersburg	861 303	1.—7. April	595	35,8	29	694	41,9

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8- und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 17. **St. Petersburg, 23. April (5 Mai)** **1888.**

Balneologische Mittheilungen über Bad Kemmern.

Von

Dr. med. Fr. Berg,

dirigirender Badearzt.

Das Schwefelbad Kemmern in Livland, in der Nähe des Fleckens Schlock gelegen und von Riga in 2 Stunden Eisenbahnfahrt zu erreichen, ist als das kräftigste Schwefelbad Nord- und Mittel-Russlands bekannt und kann in seinen Wirkungen den besten derartigen Bädern Deutschlands sicherlich an die Seite gestellt werden. Seine beiden vornehmsten Heilfactoren, die *Schwefelbäder* mit ihrer seit Decennien erprobten günstigen Wirkung und die in jüngerer Zeit angewandten und bewährten *Moorbäder*, bei den unten näher bezeichneten Erkrankungen, sowie die von Jahr zu Jahr steigende Frequenz des Bades, mögen diese kurzen Mittheilungen berechtigt erscheinen lassen.

Die Schwefelquelle in Kemmern, die bereits im vorigen Jahrhundert dem Landvolk des Schlock'schen Districtes als «heilige Quelle» bekannt war, wurde zuerst 1818 von Dr. Langenbeck in Riga einigen Patienten, die an Flechten litten, als Heilquelle empfohlen. Sie wurde jedoch erst in weiteren Kreisen bekannt, als 1833 der General-Gouverneur Pahlen die Quelle auf ärztlichen Rath benutzte und dieselbe 1836 auf Allerhöchsten Befehl einer besonders dazu ernannten Verwaltungs-Commission übergeben wurde, unter deren Regie sie sich auch heute noch befindet und auch bis 1891 stehen soll. Im Laufe der 52 Jahre ist, soweit es die Verhältnisse und die Einnahmen des Badeortes, auf welche allein das Bad angewiesen ist, gestattet haben, wohl alles nur irgend Mögliche für dasselbe geschehen und ist es mühsam und allmälig zu dem freundlichen Fleckchen Erde gemacht worden, das es heute ist.

Kemmern verfügt über 64 theils Holz-, theils Kachelwannen für *Schwefelbäder* und seit 4 Jahren über ein neues Badehaus für *Moorbäder* mit 12 grossen, hohen, hellen und gut eingerichteten, aber leider nicht ventilirten Badezellen. Besondere Einrichtungen für Süsswasserbäder, Dampf- und Schwitzbäder, Kaltwasserbehandlung und complete Douchevorrichtungen existiren nicht und macht sich andererseits, bei der von Jahr zu Jahr steigenden Frequenz des Bades, der Mangel an guten Wohnungen fühlbar.

Die Cursaison dauert vom 20. Mai bis 20. August. Ueber Witterungsverhältnisse, Preise etc. giebt Aufschluss der Prospect, den die Badeverwaltung — Kemmern über Riga — bereitwilligst versendet. Die mittlere Tagestemperatur für die Monate Mai—August des letzten Jahres betrug 16,0° R. An Bädern wurden im J. 1887 verabfolgt 36,603 und zwar 32,681 Schwefel- und 3922 Moorbäder.

Die Frequenz des Bades in den letzten 5 Jahren betrug:

1883	1289
1884	1359
1885	1435
1886	1481
1887	1569

Die am meisten zur Behandlung gelangten Krankheitsformen sind, mit geringen Abweichungen, fast in jedem Jahr dieselben und möge zur Veranschaulichung dienen die Frequenz des Jahres 1887. Es sind in Kemmern 1887 behandelt worden: Rheumat. chron., Polyarthritis rheumatica, Arthritis deformans 747, Syphilis 413, Scrophulosis 60, Ischias 18, Neuralg. 5, Neurasthen. 12, Hysteria 9, Paresis 7, Tabes dorsalis 7, Hemipleg. 2, Paralysis infant. 3, Chlorosis 9, Caries 6, Gonitis 21, Coxitis 22, Hydrargyrosis 3, Oophoritis chron. 14, Para- und Perimetritis 66, Pelviperitonitis exsudat. 26, Metritis chron. 24, Endometritis catarrh. 5, Eczema 66, Psoriasis 13, Lepra 4, Furunculosis 7.

Während der gewöhnlich bis 6 Wochen dauernden Badecur wurden die Schwefelbäder meist täglich gebraucht, durchschnittlich von einer Temp. von 26—29° R. und bis zu 30 Min. Badedauer, einmal täglich; Aenderungen resp. Aussetzen waren nur erforderlich bei eingetretenen Störungen des Allgemeinbefindens, wie z. B. Herzpalpitationen, Appetitmangel, Schlaflosigkeit und den häufig eintretenden verstärkten Schmerzen bei den Rheumatikern im Beginn der Badecur.

Das Kemmernsche Schwefelwasser eignet sich wegen seines hohen Gehaltes an schwefels. Kalk nicht zum internen Gebrauch, doch liesse sich vielleicht dieser Uebelstand nach einem Vorschlage von Dr. Holst (Balneologische Mittheilun-

gen über Bad Kemmern, Vortrag gehalten in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga, 5. Jan. 1877) beseitigen durch Zusatz von $NaOCO_2$, um den Gyps als kohlens. Kalk niederzuschlagen. Combinationen der Badecur mit Trinkcuren der gebräuchlichsten trinkbaren Mineralwässer kamen häufig zur Anwendung und erweisen sich als nothwendig bei einer beträchtlichen Anzahl gynäkol. Fälle, bei Chlorotischen, arthritischer Diathese etc.

Massage kam ausgiebig in Gebrauch bei rheumatischen Beschwerden, Gelenkerkrankungen, chronisch. Obstipation, Ischias etc. — ausgeführt von den geschickten Händen des Masseuren Herrn Wold. Schnee und geschulten Masseusen.

Bei der Syphilisbehandlung wurde das tägliche Bad combinirt mit ausgiebigen Inunctionscuren, resp. Jodkaligebrauch und wurden die Einreibungen meistentheils von geübten Frotteuren und Frotteusen ausgeführt, bei zweckmässiger Lebensweise, guter Nahrung und viel Aufenthalt im Freien in den schönen Sommertagen, sehr gut vertragen. Von den 413 Kranken vom Jahre 1887 konnten 400 als geheilt, resp. gebessert notirt werden und waren keine oder ungünstige Resultate zu verzeichnen nur in vereinzelten Fällen von Syphilis maligna und wenig befriedigend nur in solchen Fällen, wo die Pat. durch unzweckmässiges Verhalten die Cur illusorisch machten, oder diese früher abbrechen zu müssen glaubten, als es ihr Zustand erlaubte und ärztlicherseits gefordert war. Zahlreiche kleinere chirurgische Eingriffe, als Drüsenexstirpationen, Ausschabungen dyscrasischer Ulcera etc. wurden, wo erforderlich, ausgeführt.

Von den Hautkrankheiten wurden am günstigsten beeinflusst die trockenen Eczeme, Prurigo, Furunculosis, gebessert häufig Psoriasis. Bei den hautkranken Individuen wurden prolongirte Bäder bis zu 50 Min. versucht, meist gut vertragen und erwiesen sich als von günstigem Erfolg.

Weniger erfolgreich war die Badecur bei den Knochenerkrankungen und ist es wohl auch nicht zu verlangen, dass ohne vorherigen chirurgischen Eingriff eine eitrige Coxitis im Laufe einer 6-wöchentlichen Badecur sich bessere, oder ein cariöser Process der Wirbelsäule seinen Abschluss finden soll. Die Besserung dieser Kranken, von denen ein grosser Theil den niederen Volksclassen angehörend, in sehr verwahrlostem Zustande anlangte, war bei der täglichen ausgiebigen Hautpflege, günstigen hygienischen Bedingungen und genügender Ernährung eine subjective.

Für Patienten mit Nervenkrankheiten war in diesem Jahre besser gesorgt, weil die Verwaltung als 3. Badearzt einen Neuropathologen und Elektrotherapeuten, Dr. Eduard Schwarz aus Riga, angestellt hatte, so dass Neuralgie, Neurasthenie, Paresis, Hemiplegie, Tabes etc. neben der streng beaufsichtigten Badetherapie, wo erforderlich, einer fachmännischen, specialistischen Behandlung unterzogen werden konnten.

Die *Moorbäder*, welche fast ausschliesslich zur Behandlung der grossen Gruppe von *Frauenkrankheiten* benutzt wurden, werden wöchentlich 3—4 Mal gegeben, von einer Temperatur von 29—31° R. und 15—30 Min. Badedauer. Sie kamen zur Anwendung, seltener als Vollbäder, meist als Halbbäder, wobei unter Halbbad ein solches zu verstehen ist, das bis zur Herzgrube reicht. Jedem Moorbad folgt selbstverständlich ein Abspülbad, aus Schwefelwasser präparirt und, wo erforderlich, eine Douche, die über jeder Abspülwanne, als senkrechte und als horizontale, an einem Schlauch bewegliche, vorhanden ist, mit einem Druck von einer Atmosphäre strömen und während des Fliessens durch einen einfachen Mechanismus beliebig temperirt werden kann. Grosse Glasirrigatore, zu denen eine jede Patientin ein neues Glasrohr sich von der Bademeisterin geben lassen kann, gestatten auch in der Abspülwanne die Application der Uterusdouche. Theils an den freien Tagen, theils auch nach dem Bade kamen Moorumschläge auf den Unterleib aus halbfeuchtem gewärmtem Moor zur Anwendung, mit dem die Pat. 1—2 Stunden liegen mussten. Neben der Badecur fand, wo erforderlich, eine geeignete Localtherapie Anwendung. Die Resultate dieser Behandlung der Frauenkrankheiten sind so ermunternde gewesen, dass die Zahl der gynäkolog. Fälle in den letzten 5 Jahren von 40 auf 135 gestiegen ist und die 12 Zellen des neuen Badehauses heute dem Andrang der Pat. nicht mehr genügen. Von diesen 135 Pat. (Para- und Perimetritis, Pelviperitonitis, Metritis chron., Endometritis, Oophoritis chron.), das Gros derer meist durch die Hände des Collegen Stryk gegangen ist, sind etwa 10—12% als unverändert entlassen, bei den meisten fand eine vollständige oder theilweise Resorption der Beckenexsudate statt und damit ein Schwinden oder eine Abnahme der Beschwerden, bei anderen schwanden meist die subjectiven Beschwerden.

Worin die Wirkung der Moorbäder besteht, ob es wirklich die chemische oder die physikalische Beschaffenheit des Moores ist, ob es die ärztlicherseits streng zu beaufsichtigende grosse Wärmezufuhr im Bade ist, oder vielleicht eine kataplasmirende, kann hier nicht discutirt werden und bleibt einer berufeneren Feder überlassen.

Die chemische Beschaffenheit des Kemmernschen Moores ist aus der Analyse unten zu ersehen, die physikalische Beschaffenheit kommt derjenigen der renommirtesten Moore des Auslandes gleich.

Analysen der Schwefelquellen zu Kemmern in Livland.

In 10,000 Theilen.	Alte Badequelle.				Neue Badequelle.
	1835.	1835.	1844.	1846.	1882.
	Analytiker Prof. Dr. Göbel. Dorpat.	Analytiker C. Frederking. Riga.	Analytiker L. Seezen. Riga.	Analytiker Dr. Kersting. Riga.	Analytiker Herm. Seidler. Riga.
Chlornatrium	—	—	—	—	0,08349
Schwefelsaures Kali	—	—	0,114063	0,1328	0,10368
» Natron	0,442838	2,200520	0,419270	0,7279	0,22239
» Ammon	—	—	—	0,0352	—
Schwefelsaure Magnesia	0,536979	2,453380	1,377080	1,3424	—
Schwefelsaurer Kalk	15,377600	15,333593	16,375000	16,7539	18,60600
Chlorcalcium	0,103646	0,109505	0,212500	0,0651	—
Schwefelcalcium	0,196354	0,165104	0,231250	0,1940	0,30119
Schwefel	—	—	—	0,0208	—
Doppelt kohlensaurer Kalk	0,832687	3,375130	3,584990	3,4505	3,12386
» kohlensaure Magnesia	—	—	1,552380	1,6432	3,17190
» kohlensaures Eisenoxydul	—	—	0,055677	0,0742	—
Thonerde	—	—	0,100000	0,1068	—
Thonerde und Eisenoxyd	—	—	—	—	0,01337
Kieselsäure	—	—	0,062500	0,0547	0,13825
Organische Stoffe	—	—	—	1,0716	—
Summa	17,490104	23,637232	24,084710	25,6731	25,76413
Schwefelwasserstoff, freier	0,025852	0,008464	0,014270	0,248700	0,12160
Kohlensäure, freie	0,016036	0,116328	—	0,097316	0,98921
Spec. Gewicht	1,0017 (18° C.)	1,0024 (17,5° C.)	1,0025 (20° C.)	1,0025 (15° C.)	1,002465 (15° C.)
Temperatur der Quelle	7,5° C.	6,2°—7,5° C.	6,5° C.	6,0° C.	6,8° C.
Lufttemperatur	20,0° C.	20° C.	7,5° C.	17,5° C.	9,3° C.

Chemische Analyse der Kemmernschen Moorerde

in 100 Gewichtstheilen:

(Balneologische Mittheilungen mit specieller Berücksichtigung des Bades Kemmern. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga, 5. Jan. 1877 von Dr. Holst.)

Analyse der Moorerde in Kemmern pag. 12. Die Analyse wurde am Polytechnicum in Riga ausgeführt.

	Kemmern	Elster	Marienbad	Franzensbad
Humussäure	46,640	17,58	10,74	42,11
Humuskohle	35,308	—	4,24	—
Harz	2,540 }	5,74	2,73	4,39
Wachs	0,370 }			
Quellsäure	0,162	1,78	0,46	2,82
Sonstige organ. Reste	6,810	40,03	50,88	15,87
Kalk	6,692	1,81	0,21	0,12
Magnesia	0,185	—	—	—
Thonerde	0,370	3,74	—	0,28
Eisenoxyd	1,009	3,27	22,92	—
Kieselsäure	1,612	0,04	0,09	0,05
Silicate (Sand)	1,478	10,50	0,15	0,11
Kohlensäure	4,252	—	—	—
Schwefelsäure	2,128	—	—	—
Phosphorsäure	0,123	—	—	—
Kali und Natron	0,320	—	—	—
Schwefels. Kali	—	—	0,87	0,04
» Natron	—	0,41	0,60	0,86
» Magnesia	—	1,35	0,22	0,28
» Kalk	—	0,27	0,41	0,79
» Eisenoxydul	—	0,57	0,49	0,38
» Thonerde	—	—	0,09	0,37
Freies Natron	—	0,32	—	0,71
Phosphors. Eisenoxyd	—	—	1,36	2,69
Schwefeleisen	—	3,74	2,25	16,22
Freier Schwefel	—	—	0,35	2,34
Humin	—	—	0,25	2,94
Chlornatrium	—	0,70	—	—
Quellsaures Natron	—	0,90	—	—
Wasser und Verlust	—	5,02	0,58	7,02

Die Analysen sind in Bezug auf die Alkalien und Säuren für Kemmern und die 3 anderen Orte nicht in einheitlichem Sinne dargestellt, indem für Kemmern Säuren und Alkalien gesondert bestimmt sind, für die anderen Orte aber in ihren Zusammensetzungen als Salze, darum ist für diese Bestandtheile die Tabelle für Kemmern gesondert.

Riga, März 1888.

Referate.

Ernst Kohlschütter (Halle a./S.): Veränderung des allgemeinen Körpergewichts durch Krankheiten. (Volkmann's klin. Vorträge № 303. Leipzig 1887).

Verf. hat durch vielfache, in regelmässigen Zeitabschnitten vorgenommene Messungen des Körpergewichts von Kranken die Ueberzeugung erlangt, dass sich in dem Gange der Gewichtsveränderungen bei gewissen, länger dauernden Krankheiten ein so regelmässiges, ein so übereinstimmendes Verhalten findet, dass man aus ihm wie aus einer Temperaturcurve mit grosser Bestimmtheit die Diagnose stellen kann. Besonders deutlich ist dieses Verhalten bei dem Abdominaltyphus und der Lungentuberculose, und eben diese beiden Krankheiten behandelt der Verf. in der vorliegenden Schrift.

Beim Abdominaltyphus kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Körpergewicht der Typhösen nimmt ab nach einer bestimmten Regel.

2) Die Abnahme des Körpergewichts erfolgt anfangs rascher, dann mit jeder Woche langsamer bis zur vollständigen Genesung.

3) Je länger die Krankheit dauert d. i. je schwerer sie ist, desto geringer ist der Gewichtsverlust für jede Woche.

4) Als Ursache der Abnahme des Körpergewichts hat man die vermehrte Verbrennung des Körpermaterials, nicht etwa nur den Mangel an Zufuhr anzusehen.

5) Wahrscheinlich erstreckt sich die Abnahme des Körpergewichts gleichmässig auf alle Componenten der Körpersubstanz: jedenfalls werden sie, wenn ungleichmässig, doch nach bestimmter Regel und in bestimmter Reihenfolge verbraucht.

6) Der Wiederansatz der verbrauchten Körpersubstanz erfolgt langsamer als der Verbrauch, nach bestimmter aber anderer Regel als dieser.

Dagegen ist als gemeinsame Regel für die Gewichtsveränderungen der Tuberculösen anzunehmen, dass die Gewichtsveränderungen nicht continuirlich, sondern sprungweise geschehen und dass die Sprünge, grosse und kleine, im positiven und im negativen Sinne ohne bestimmte Regel einander folgen. Die Möglichkeit, mit Mittelzahlen zu operiren, ist dadurch ausgeschlossen. Zu beachten ist, dass eine Gewichtszunahme durch „Infiltration der Lunge", „Pleuritische Exsudate", „Anasarca" etc. vorgetäuscht werden kann.

— i —

Julius Taube (Moskau): Lymphangiom der Pia spinalis. Druckmyelitis. (Neurologisches Centralblatt 1887. № 11).

Der im Folgenden referirte Fall ist im Golitzyn-Hospital in Moskau beobachtet worden und bietet insofern Interesse, als in der einschlägigen Literatur kein Hinweis auf das Vorkommen von Lymphangiom an den Rückenmarkshäuten vorhanden ist.

Die 46-jährige Patientin gab an, bis 2 Wochen vor ihrer Aufnahme ins Hospital gesund gewesen zu sein. Es besteht absolute Lähmung beider unteren Extremitäten, sowie der Stamm- und Bauchmuskulatur. Kniereflex erhöht und zwar rechts stärker als links. Fussphänomen beiderseits vorhanden, auch hier rechts stärker ausgesprochen. Keine Atrophien, die gelähmte Muskulatur schlaff. Normale faradische Erregbarkeit in den Bauchmuskeln und an beiden Oberschenkeln, an beiden Unterschenkeln ist die elektro-muskuläre Contractilität theils vollständig geschwunden, theils bedeutend herabgesetzt; in letzteren Muskeln sind die Zusammenziehungen wurmförmig und zwar gleich bei intra- wie extramuskulärer Reizung. Complete Anästhesie der Haut für alle Art Reize von den Zehen bis zur VI. Rippe hinauf, während die darunter liegenden Muskeln, sowohl am Bauch als an den untern Extremitäten auf Druck wie bei elektrischer Reizung exquisit schmerzhaft sind. Incontinentia urinae bei dilatirter Blase. Obstipation. Schmerzhaftes Gürtelgefühl.

Die Diagnose wurde auf Compressionsmyelitis gestellt und als drückendes Moment ein syphilitischer Tumor angenommen, wozu der rasche Ablauf des spinalen Processes, sowie Symptome überstandener Syphilis zu berechtigen schienen. Diese Annahme fand noch eine Stütze in der auffallenden Besserung von Seiten der Anästhesie nach eingeleiteter antiluetischer Behandlung.

Bemerkenswerth ist, dass eigenthümliche Schwankungen von auffallender Besserung und dann wieder Verschlimmerung im Krankheitsverlaufe beobachtet wurden.

Unter Zunahme der geschilderten Symptome erfolgte nach ca. zweimonatlichem Spitalaufenthalt der exitus letalis.

Bei der Section wurde ein wallnussgrosser Tumor der hinteren Fläche des Rückenmarks im Bereiche des VI. und VII. Brustnervenpaares anliegend gefunden, der die ganze hintere Peripherie desselben umfasste und den entsprechenden Rückenmarksabschnitt platt gedrückt hatte. Mikroskopisch wurde constatirt, dass der Tumor zwischen beiden Pialblättern lag und aus zahlreichen cystischen Hohlräumen, welche stellenweise deutliche epitheliale Auskleidung zeigten, bestand. Viele von den Cysten enthielten geronnene Lymphe. Das starke bindegewebige Stroma war theilweise sarcomatös entartet und von reichlichen ectatischen Gefässen durchzogen, in deren nächster Umgebung deutliche kleinzellige Infiltration zu constatiren war. Das Rückenmark erwies sich in der Höhe des Tumors durchweg sclerotisch. Von den sclerotischen Herden ausgehend, nach aufwärts bis in die Cervicalanschwellung ausgesprochene Degeneration der Goll'schen Stränge, nach abwärts bis zum Conus Sclerose der Pyramidenstränge.

Die eigenthümlichen Schwankungen im Verlaufe finden wohl in einem wechselnden Volumen des lymph- und blutreichen Tumors ihre Erklärung.

Autorreferat.

K. Schuchardt: Der äussere Kehlkopfschnitt und seine Bedeutung bei der Behandlung der Kehlkopfgeschwülste. (Volkmann's Klin. Vorträge № 302).

Auf Grundlage eines Falles von Kehlkopfpolypen, der durch die Laryngofission entfernt werden musste, entwickelt Verf. nach einem kurzen historischen Aperçu über Laryngofission und endolaryngeale Operationen seinen zwischen beiden Lagern vermittelnden Standpunct.

Bei bösartigen Tumoren sei die Fission wohl fast ausnahmslos vorzuziehen, zumal sich daran leicht eine partielle oder totale Kehlkopfexstirpation anschliessen könne. — Bei gutartigen Geschwülsten (Fibromen, Papillomen) sei die endolaryngeale Operation wohl vorzuziehen, doch binde man sich nicht «knechtisch» an dieselbe. Vortheilhafter werde die Laryngofission sein bei sehr grossen Geschwülsten, bei Tumoren ohne Stiel unter der Glottis oder in der Tiefe der Morgagni'schen Taschen, bei recidivirenden Papillomen.

Die Laryngotomia partialis (Vicq d'Azyr) und die Pharyngotomia subhyoidea (Langenbeck) stehen der Laryngofission nach. Die Lebensgefahr bei letzterer sei früher überschätzt, die Stimmbildung beeinträchtige sie nicht, wenn vorsichtig in der Mittellinie operirt wird.

N.

Holger Roerdam: Cocain während des Chloroformirens. (Hospitals-Tidende 1887. p. 947),

Zur Verhütung der unangenehmen Nebenwirkungen des Chloroforms, des Excitationsstadiums, des Erbrechens, der Ohnmachten während des Narcotisirens und der Uebelkeit und des Erbrechens nach demselben hat Dr. Iversen 5 Minuten vor dem Chloroformiren Erwachsenen 0,05, Kindern 0,025 Cocainum muriaticum per os eingeführt und dabei beobachtet, dass der Schlaf viel früher als gewöhn-

lich (bei Kindern in 1—3, bei Erwachsenen in 2—4 Minuten, bei Alkoholikern und gegen Chloroform Idiosynkrasischen in 3—10 Minuten) eintrat, und dass das Erregungsstadium meist ganz fehlte; die reflectorische Empfindlichkeit der Conjunctiva verschwindet bei Cocaingebrauch viel rascher, als ohne denselben und kann desshalb nicht als Zeichen eingetretener Narkose benutzt werden. Ferner ist die Menge des zur vollständigen Narkose nöthigen Chloroforms eine relativ geringe, nach Gebrauch von 25—30 g. schläft der Kranke mehr als eine Stunde lang ganz ruhig, auch bleibt bei gleichzeitiger Cocainanwendung die Athmung ruhig, Erbrechen vor oder nach dem Chloroformiren kam in 12 resp. 18‰ der Fälle vor, während der Narkose waren die Pupillen weiter, als bei dem gewöhnlichen Chloroformiren, der Puls verhielt sich wie immer, war Anfangs beschleunigt, später verlangsamt. (Rev. intern. des scienc. méd. 1888 № 1). Hz.

Matthes: 5 Vergiftungen mit Pilzen. (Berl. klin. Wochenschr. № 6. 1888).

5 Personen (2 Frauen von 45 resp. 30 Jahren, ein Mädchen von 12, ein Knabe von 10 und ein Säugling von ½ Jahre) verfielen nach dem Genuss von einem Pilzgericht, worin auch Reste von Fliegenpilz (Amanita rubescens) zu finden waren, in einen rauschähnlichen Zustand mit Delirien, verlangsamtem aussetzendem Puls, frequenter oberflächlicher Respiration, hochgradiger Cyanose mit Schweiss und erweiterten reactionslosen Pupillen.

Im weiteren Verlaufe traten bei den älteren Personen tonische Krämpfe ein, die sich bei Berührung oder Erschütterung des Bettes oder sogar wenn das Gesicht grell beleuchtet wurde, in Zwischenräumen von 8—10 Minuten wiederholten. Nach Aetherinjectionen erbrachen alle Patienten Theile von Pilzen. Nach 4 Stunden trat Ruhe ein. Die Nacht verlief ruhig, am anderen Morgen waren die Patienten leidlich gesund. Die wegen einer drohenden Herzparalyse angezeigten Strychnininjectionen wagte Verf. nicht anzuwenden, da die Krämpfe den Strychninkrämpfen durchaus ähnlich waren. Kn.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Walter J. Otis M. D.: Anatomische Untersuchungen am menschlichen Rectum und eine neue Methode der Mastdarminspection. Erster Theil. Die Sacculi des Rectum. Mit einem Holzschnitt im Text und acht Tafeln. (Aus dem anatomischen Institut der Universität Leipzig). Leipzig 1887. Veit & Comp.

Die viel besprochene und viel umstrittene Frage von dem Sphincter ani tertius und seiner Existenz resp. Nichtexistenz hat Verf. zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht. Er fand, dass, wie bekannt, das Rectum keinen einfachen Cylinder darstellt, sondern Buchten enthält, sacculirt ist. Bei möglichst weiter Einführung des Fingers in das leere Rectum des Cadavers fand er neben den kleinen Faltungen der Schleimhaut eine, eventuell zwei stärkere Querfalten, welche offenbar mehr als einfache Schleimhautfaltung waren; auf der rechten Seite des Cadavers stiess Verf. stets auf eine grössere, ca. Fingerlänge vom Anus liegende Falte, links auf eine kleinere, dem Anus näher liegende; diese Falten schwanden nicht bei Ausdehnung des Rectums durch Luft oder Flüssigkeit. Die Ocularinspection machte Verf. in Kniebrustlage des Cadavers, wobei das Rectum in Folge negativen Druckes in demselben weit klaffte. Die Zahl der sichtbaren starken Querfalten war immer 2 oder 3, von denen zwei beständig waren, die dritte wechselte; waren zwei vorhanden, so befand sich die erste rechte ca. 6,5 Ctm. vom Rande des Anus, die zweite links ungefähr 2,5 Ctm. höher; kamen drei Falten vor, so befand sich die erste links etwas näher (4,5—6 Ctm.) zum Rande des Anus. Die angefügten Tafeln zeigen, wie diese alternirenden Falten die Lichtung des Rectums fast ganz verlegen. — Um die Aussenfläche des Rectums in situ zu untersuchen, legte Verf. es möglichst blos, ohne jedoch seine Fixation in situ zu stören. Auch so zeigte sich die sacculirte Gestalt desselben, gewöhnlich konnte er drei bis vier Zusammenziehungen des Rectums finden, bisweilen nicht weniger als sieben oder acht, welche nach links und rechts abwechselnd gelegen waren. Die Untersuchung des isolirten Rectums zeigte, dass trotzdem das Rectum dabei gerader und länger wurde, die Constrictionen an demselben bestehen blieben, da in ihre Bildung alle Schichten des Rectums eintraten. — Die longitudinalen Muskelfasern sind über das Rectum hin nicht gleichmässig vertheilt, sondern bilden vorne und hinten eine bandartige, dickere Schicht, die Ligamenta recti, welche wiederum eine Fortsetzung der sogen. Taenien des Colon sind, indem die am Ansatz des Mesocolon liegende Taenie sich einfach fortsetzt in das Ligamentum recti posticum, die am Colon frei sichtbaren beiden Taeniae flexurae sigmoideae beim Uebergang des S. romanum in das Rectum zusammenfliessen, dadurch den Uebergang in das Rectum etwas verengen und das Ligamentum recti anticum bilden. Die seitlichen Ausbuchtungen des Rectums entsprechen somit vollständig den Haustris des Colon, von dem eine Reihe durch obengenanntes Zusammenfliessen zweier Taenien ausfällt. Die Schleimhaut des Rectum ist weiter und grösser als die Muskelschicht, liegt daher gefaltet, ist aber besonders stark gefaltet auf den beschriebenen Querfalten und hier in ihren tieferen Schichten so fixirt, dass die Falten nicht ganz ausgeglättet werden können.

Die kreisförmigen Muskelfasern des Rectums sind ebenfalls nicht in gleichmässiger Schichtung angeordnet, sondern an mehreren Stellen, entsprechend den beschriebenen Querfalten und Scheidewänden zwischen den seitlichen Sacculi recti (entsprechend den Haustris coli) zusammengeschoben zu queren Wülsten, über welche die Längsfaserschicht glatt hinwegzieht.

Die physiologische Wirkung dieser Vertheilung der kreisförmigen Fasern ist, wie Verf. glaubt, die ihr von Chadwick zugeschriebene, nämlich, dass dieselbe einen Theil des Austreibungsapparates des Rectums bildet, welcher die Kothmassen nach dem Ausgang befördert. Einen Sphincter tertius hat Verf. ausser diesen Zusammenschiebungen der kreisförmigen Muskelfasern und dadurch bedingten Faltenbildungen niemals finden können. Zum Schluss schlägt Verf. vor, die vorderen und hinteren Anhäufungen von Längsfasern Ligamenta recti post. et ant. und die queren Scheidefalten des Mastdarmes Plicae recti zu nennen, ferner die unterste Plica rechts, die Plica transversalis von Kohlrausch, bei diesem Namen zu lassen, da sie die grösste und wichtigste ist und im Allgemeinen den untersten, vom Bauchfellsack erreichten Punct des Rectums und der Blase anzeigt. T.

Bericht über die Sitzungen der russischen medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs.

VIII. Gesellschaft der St. Petersburger Marine-Aerzte.

Sitzung den 23. Februar.

1. Dr. Rontschewski hält einen Vortrag «über Schädelmessungen beim Volksstamme der Orotschi», welcher am Ufer des Japanischen Meeres sitzt.

2. Dr. Slunin: «Ueber Arzeneipflanzen und Volksmedicin im fernen Osten». S. hat als Arzt auf der Fregatte «Wladimir Monomach» eine Reise nach China und Japan gemacht und unterwegs verschiedene Arzeneimittel und Behandlungsmethoden verschiedener ost-asiatischer Völkerschaften kennen gelernt. Desgleichen führt er auch an, dass er auf den Inseln des stillen Oceans viel Lepra gefunden; auf Formosa herrscht in vielen Dörfern endemisch der Kropf, desgleichen kommen Filaria sanguinis hominis, Distoma Ringeri, Distoma hepaticum etc. vor.

Im Ganzen hat er ca. 150 verschiedene Samen gesammelt, die er dem Kaiserl. botanischen Garten in St. Petersburg übermittelt und von denen ein Theil gesäet und bereits aufgegangen. Auf Ceylon hat S. von den singalesischen Curpfuschern Pereina und Gowes 70 Volksmittel erworben, z. B. die Salbe Asfaganda (gegen Brustschmerzen), ein dunkelgraues Oel Sarnevisardi (gegen Gliederschmerzen), Sandrecante, eine grüne, säuerlich riechende Flüssigkeit (gegen Kopfschmerzen). etc. In *Manilla* erhielt er die Früchte von Quisqualis indica (ohne Geruch und Geschmack, soll ein starkes Mittel gegen Bandwürmer sein), ferner Pili-Oel (Canarium album, innerlich gegen Durchfall). Weiter berichtete S. über die Medicinalverhältnisse in Japan. 1735 wurde in E-go das erste Hospital gebaut und 1765 eröffnete der japanische Arzt Taki-Hen-Ko dort die erste medicinische Schule. In Japan hat S. über 100 Volksmittel gesammelt. Sehr reich ist Japan an Mineralquellen, die seit lange zu med. Zwecken benutzt werden; auch Massage ist seit langer Zeit im Gebrauch. Sehr merkwürdig ist eine besondere Behandlungsart, die im Einstechen dünner, 2—6 Ctm. langer silberner und goldener Nadeln vertical in den Unterleib besteht (Chari-ischi). So werden z. B. auch Cholera und Kopfschmerzen behandelt. Sehr üblich ist auch das Abbrennen von Stückchen der Moschuspflanze auf der Haut (Kin), ähnlich wie die Moxen der alten Zeit. Gegenwärtig hat die japanische Medicin bekanntlich einen grossen Aufschwung genommen und ist der Bildungsgrad der Aerzte ein guter. — Zum Schluss demonstrirt S. die verschiedenen Medicamente und eine besondere Art von Fäden (Nischi) aus Fischbein zu Ligaturen, die von Dr. Isiguro zum Ersatz von Catgut vorgeschlagen. Ferner zeigt er 3 Flaschen mit *Chios-Terpentin* (2 Proben aus Chios, eine aus Pbg.); es variirt ihre Farbe von hellgelb bis dunkelbraun, ein Beweis, dass der Begriff *Chios-Balsam* noch keine feststehender, da man sehr verschiedene Wirkung erhält. O. P.

Der VII. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Der diesjährige Congress für innere Medicin, welcher vom 9.—12. April in Wiesbaden tagte, reihte sich würdig seinen Vorgängern an, sowohl was die Bedeutsamkeit der Verhandlungen, als auch was die Zahl seiner Theilnehmer betrifft, welche 264 betrug. Aus allen Gegenden Deutschlands, namentlich aber aus den mittleren und westlichen Theilen des Reiches hatten sich nicht blos die berufensten academischen Vertreter der heutigen deutschen inneren Medicin und Klinik und theilweise der pathologischen Anatomie, sondern auch zahlreiche Aerzte aus den Civilhospitälern der grösseren Städte und aus den Badeorten, sowie viele praktische Aerzte zusammengefunden — eine würdige Repräsentation der von ihnen vertretenen Wissenschaft. Nicht wenig wurde der Glanz der Versammlung noch dadurch gehoben, dass auch aus vielen ausserdeutschen Staaten Theilnehmer zum Congress erschienen waren, ein beredtes Zeichen dafür, dass die Bedeutung der zu erwartenden Verhandlungen auch im Auslande anerkannt worden ist. Durch die zahlreichsten Theilnehmer war Oesterreich vertreten; unter ihnen hat Prof. v. Jaksch aus Graz sich in hervorragender Weise durch sein Referat über die therapeutische Wirksamkeit des Alcohols an den Verhandlungen betheiligt. Von den schweizerischen Klinikern hatte Lichtheim aus Bern das Correferat über die Behandlung der chronischen Herz-

muskelerkrankungen übernommen und die italienische Medicin war durch ihren berufensten Vertreter, Prof. Cantani aus Neapel, der über seine eigene, ebenso originelle wie erfolgreiche Behandlungsweise der Cholera einen mit allgemeinem Beifall aufgenommenen Bericht erstattete, vortrefflich repräsentirt. Auch aus Belgien, den Niederlanden, Russland und Amerika waren Gäste erschienen und unter ihnen Allen herrschte darüber nur eine Stimme, dass sowohl in den officiellen Verhandlungen des Congresses, wie im persönlichen Verkehr der Mitglieder und Theilnehmer desselben die augenblicklich in der Medicin herrschenden Tagesfragen vortrefflich zur Geltung und zum Ausdruck kamen.

In seiner Eröffnungsrede gab zunächst Prof. v. Leube aus Würzburg einen vortrefflichen Ueberblick über die Leistungen, deren sich die innere Medicin im letzten Jahre rühmen konnte. Das rührigste Leben hat sich auf dem Gebiete der ätiologischen Forschung entfaltet, welche durch die grossartigen Errungenschaften der modernen Bacteriologie in ein ganz neues Entwickelungsstadium getreten ist. Der Umschwung unserer Anschauungen über den Ursprung und das Wesen der Krankheiten hat zu dem Versuche geführt, ein ganz neues Princip in der Eintheilung und Gruppirung der inneren Krankheiten, nämlich das der ätiologischen Zusammengehörigkeit, aufzustellen. Nicht mit Unrecht machte der Vortragende darauf aufmerksam, dass dieser Versuch auch manche Gefahren in sich bergen dürfte, indem er uns dazu verleitet, die frühere pathologisch-anatomische Grundlage zu verlassen, welche wir in der Praxis und vor allen Dingen in der Diagnostik doch nicht entbehren können. Neben den Infectionskrankheiten sind es vor allen Dingen die Stoffwechselkrankheiten und das Gebiet der functionellen Neurosen, in denen wesentliche Bereicherungen unseres Wissens zu Tage gefördert wurden.

Die Hauptthemata, deren Behandlung schon auf dem vorigjährigen Congress beschlossen worden war, behandelten brennende Tagesfragen der inneren Medicin. Am ersten Tage gab Professor Oertel aus München einen Ueberblick über die durch seine Arbeiten so modern und populär gewordene, nach ihm benannte Therapie der chronischen Herzmuskelerkrankungen und hieran schloss sich als Ergänzung und Gegenstück die Besprechung desselben Themas durch Lichtheim, welcher es sich zur Aufgabe gestellt hatte, das Wirkungsgebiet dieser Oertel'schen Therapie genauer zu umgrenzen und auf die Gefahren aufmerksam zu machen, welche aus der kritiklosen Anwendung dieses Verfahrens für viele Herzkranke erwachsen können und auch schon erwachsen sind. Wie sich hier eine maassvolle aber berechtigte Reaction gegen die Ueberschätzung unseres medicinischen Könnens geltend machte, so charakterisirte sich auch die Behandlung des zweiten Hauptthemas, das den Weingeist als Heilmittel betraf, durch das Bestreben zu einer unparteiischen Ansicht über den Werth desselben zu gelangen. Ueber die Gefahren, die die Benutzung des Alcohols in allen Formen als eines weitverbreiteten Genussmittels in sich birgt, herrschte nur eine Stimme, die in den Warnungen vor dem leider so häufigen Missbrauch der geistigen Getränke deutlich genug zum Ausdruck kam. Nichtsdestoweniger wurde jedoch die erregende Wirkung des Alcohols, die in neuerer Zeit bekanntlich vielfach gänzlich geleugnet worden ist, sowohl von den beiden Referenten (Proff. Binz aus Bonn und v. Jaksch aus Graz), sowie auch in der Discussion des Themas allseitig anerkannt und die Benutzung dieses Mittels in fieberhaften Erkrankungen, wie sie namentlich von Jürgensen und Liebermeister in die Praxis eingeführt worden ist, keineswegs beanstandet. Allgemeinen Anklang fand die Warnung Nothnagel's vor dem Missbrauch, Kinder, in der Absicht sie zu kräftigen und zu stärken, an den täglichen Genuss von Wein und Bier zu gewöhnen und ihnen so schon frühzeitig das Bedürfniss nach Alcoholicis beizubringen.

Der Vormittag des dritten Sitzungstages war der Besprechung der asiatischen Cholera, speciell der Verhütung und Behandlung derselben gewidmet. Nachdem August Pfeiffer aus Wiesbaden, ganz auf dem Boden der Koch'schen Anschauungen stehend, die Mittel und Wege besprochen hatte, den Infectionsträger dieser Krankheit, wo wir desselben habhaft werden können, zu vernichten, machte sich in der Discussion auch der Pettenkofer'sche Standpunct geltend, indem namentlich Hüppe (Wiesbaden) und Buchner (München) darauf aufmerksam machten, dass wir über die biologischen Eigenschaften und die Entwickelungsbedingungen des Cholerabacillus noch lange nicht genau genug unterrichtet sind, um die tellurischen Verhältnisse und (um einen Pettenkofer'schen Ausdruck zu gebrauchen) die örtliche und zeitliche Disposition für die Entwickelung des Cholerakeimes völlig aus unseren theoretischen Erwägungen und praktischen prophylaktischen Bestrebungen zu streichen. Hieran schloss sich der schon erwähnte Vortrag Cantani's über die Behandlung der Cholera. Die bestechenden Erfolge, welche derselbe durch seine Behandlungsmethode mit Hülfe der von ihm sogenannten Enteroklyse (Einführung grösserer Mengen einer schwachen Tanninlösung per rectum) und Hypodermoklyse erzielt hat, werden bei einem etwaigen Ausbruch der Cholera in Deutschland gewiss die grösste Beachtung finden.

Neben den eben genannten Vorträgen und Discussionen kam in den Nachmittagssitzungen des Congresses noch eine reiche Fülle von Einzelmittheilungen zum Vortrag, die den verschiedensten Gebieten der inneren Medicin angehörten und ein beredtes Zeugniss für das frische Leben ablegten, das gegenwärtig in diesem Gebiete der deutschen Medicin herrscht. Es kann an dieser Stelle natürlich nicht meine Absicht sein, ein genaueres Referat über alle diese Vorträge zu geben, deren Themata den Lesern dieser Wochenschrift ja schon aus den früheren vorläufigen Anzeigen des Congresses bekannt sind. Nur einzelne Mittheilungen, die den Schreiber dieser Zeilen besonders interessirt haben, mögen hier hervorgehoben werden. So namentlich der Vortrag Leyden's, welcher ein neues, von ihm schon in mehreren Fällen benutztes Verfahren zur Behandlung der Oesophagusstricturen mit Dauercanülen angab, und die hierzu benutzten Instrumente demonstrirte. Ferner besprach Cornet seine im Koch'schen Laboratorium vorgenommenen Untersuchungen über das Vorkommen und die Verbreitung der Tuberkelbacillen, welche er im Staube von solchen Krankensälen, Arbeitslocalen und Wohnräumen nachweisen konnte, in denen sich tuberculöse Personen aufhielten. Es werfen diese Untersuchungen ein ganz neues Licht auf die Verbreitungswege dieser Erkrankung und sind daher ätiologisch und prophylaktisch von dem grössten Interesse. Dasselbe gilt von dem Buchner'schen Vortrage über den experimentellen Nachweis der Aufnahme von Infectionserregern aus der Athemluft. Viel Aufsehen erregte ferner auch das Cantani'sche Referat über seine experimentellen Untersuchungen, durch die er es wahrscheinlich gemacht hat, dass das Hundswuthgift nicht sowohl auf dem Wege der Blutbahn und des Säftestromes, als vielmehr längs den Nerven zu den nervösen Centralapparaten hingelangt und dann die Erscheinungen der Lyssa hervorruft. Eine genauere Wiedergabe des ebenso reichhaltigen wie interessanten Materials, welches in den Verhandlungen dieses Congresses niedergelegt worden ist, wird erst möglich sein, wenn, was bald zu erwarten ist, dieselben in extenso veröffentlicht sind.

An die ernste Tagesarbeit der officiellen Congresssitzungen schlossen sich abendliche gesellige Vereinigungen der Theilnehmer des Congresses, die bei dem ungezwungenen, collegialen Umgangston, welcher hier herrschte, jedem Einzelnen die Möglichkeit boten, sich auch im persönlichen Verkehr über specielle wissenschaftliche Fragen zu orientiren und die Eindrücke des Tages in privaten Besprechungen zu verarbeiten.

Am vorletzten Tage des Congresses vereinigte ein Festessen alle Theilnehmer im prunkenden Musiksaale des Wiesbadener Curhauses. Wenngleich die Landestrauer um den dahingeschiedenen Kaiser ihren dämpfenden Schleier über die Feststimmung breitete, so fehlte es doch nicht an guten ernsten und launigen Worten und an der Gelegenheit, die kürzlich besprochenen erregenden Wirkungen des Weins am edlen Gewächs des Rheingaus zu prüfen. Mit dem Wunsch: «Auf Wiedersehen im nächsten Jahr in Wiesbaden!» schloss der Präsident am 12. April den siebenten Congress für innere Medicin. D—o.

Vermischtes.

— Unsere Stadtduma hat in der vorigen Woche den Beschluss gefasst, bei der Regierung um die Erlaubniss einzukommen, die Steuer zum Besten der städtischen Hospitäler St. Petersburgs auf sämmtliche Einwohner der Stadt ausdehnen zu dürfen. Die Höhe der Steuer ist für Männer auf 2 Rbl. und für Frauen auf 1½ Rbl. fixirt. Befreit von der Steuer sollen nur die Glieder der Kaiserlichen Familie und des diplomatischen Corps, das Militär, die Zöglinge der öffentlichen Lehranstalten, die Pensionäre der städtischen Asyle und öffentlichen Wohlthätigkeitsanstalten, Seeleute, Minderjährige (unter 17 Jahren) und die Armen sein. Alle, die diese Steuer entrichten, werden zu kostenfreier Behandlung in den städtischen Krankenhäusern berechtigt sein.

— In derselben Sitzung hat endlich die Duma ohne weitere Debatte einen 2000 Quadratfaden grossen Flächenraum auf dem Preobrashenskischen Platze der «Russischen Chirurgischen Pirogow-Gesellschaft» zur Errichtung eines Gebäudes, in welchem sämmtliche medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs ihre Sitzungen abhalten, ihre Bibliotheken unterbringen können u. s. w. kostenfrei bewilligt. Leider ist damit die Angelegenheit bezüglich des Bauplatzes noch nicht erledigt, indem das Militär-Ressort das Besitzrecht der Stadt auf obigen Platz angestritten hat und daher vor dem Beginn des Baues auf dem angewiesenen Platz zur Sicherheit noch die Einwilligung des Militärressorts einzuholen sein wird.

— Mittelst Allerhöchsten Befehls ist der Director und Oberarzt des städtischen St. Wladimir-Kinderhospitals in Moskau, wirklicher Staatsrath Dr. Paul Wulfius, zum *Präsidenten des Moskauer evangelisch-lutherischen Consistoriums ernannt* worden.

— *Verstorben*: 1) Am 2. April in Goldingen (Kurland) der dortige Stadtarzt Dr. Karl Busch nach kurzer Krankheit. B. hatte in Dorpat Medicin studirt und wurde nach Absolvirung seiner Studien i. J. 1841 Arzt auf dem Gute Neuhausen in Kurland. Im Jahre 1880 siedelte er nach Goldingen über, wo er 1885 zum Stadtarzt ernannt wurde. Der Hingeschiedene erfreute sich grosser Beliebtheit bei seinen Patienten. 2) In St. Petersburg am 8. April der Curator des Armenhauses der hiesigen philantropischen Gesellschaft, Geheimrath Michael Weissberg, im 76. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung auf der ehemaligen medico-chirurgischen Academie in Moskau erhalten und war längere Zeit Ordinator am Moskauschen Militärhospital. Im Jahre 1857 wurde ihm die Zusammenstellung sämmtlicher gültigen Militär-Medicinalgesetze übertragen. 3) Am 14. April in St. Petersburg der wirkl. Staatsrath Dr. F. Fialkowski, welcher früher Gehülfe des Directors der hiesigen, dem Kriegsministerium gehörigen Fabrik zur An-

fertigung von chirurgischen Instrumenten und darauf Beamter für besondere Aufträge bei der Ober-Militär-Medicinalverwaltung war, vor mehreren Jahren aber wegen zerrütteter Gesundheit pensionirt wurde. 4) Am 11. April hierselbst der älteste Arzt St. Petersburgs, wirkl. Staatsrath Dr. M. Waldenberg, im 87. Lebensjahre. W. hatte seine medicinischen Studien in Berlin und später in St. Petersburg gemacht. In den Jahren 1867—1877 fungirte er als Hausarzt des Metropoliten *Isidor* und war trotz seines vorgerückten Alters noch im letzten türkischen Feldzuge als Arzt thätig. Erst in den letzten Jahren hatte er wegen Kränklichkeit seine Praxis aufgegeben. 5) In London der berühmte englische Hygieniker Dr. François de Chaumont, Professor der Militärhygiene an der militär-medicinischen Schule in Netley, im 56. Lebensjahre. Der Verstorbene hat das von seinem berühmten Lehrer Parkes verfasste Handbuch der praktischen Hygiene umgearbeitet und in mehreren Auflagen neu herausgegeben.

— Am 8. April beging der weltberühmte Chemiker, Prof. W. Hofmann in Berlin, seinen 70. Geburtstag. Bei dieser Gelegenheit wurden dem hochverdienten Gelehrten, dem die Medicin u. A. die zur Bacterienfärbung benutzten Mischungen von Anilinfarben verdankt, zahlreiche Ehrenbezeugungen zu Theil. Vom deutschen Kaiser wurde ihm der Adel verliehen; die Kaiserin von Deutschland und die Königin von England übersandten ihm ihre Portraits. Die deutsche chemische Gesellschaft überreichte ihm seine Marmorbüste und zugleich einen Betrag von 30,000 Mark zu einer *Hofmannstiftung*.

— Zum Nachfolger von Prof. Küstner, welcher bekanntlich nach Dorpat übergesiedelt ist, ist der Privatdocent Dr. Engelhardt aus Halle ernannt worden.

— Prof. Dr. Ewald (Redacteur der «Berliner klinischen Wochenschrift») ist zum dirigirenden Arzt der medicinischen Abtheilung des Augusta-Hospitals in Berlin gewählt worden.

— An Stelle des nach Strassburg berufenen Prof. Naunyn soll nunmehr Prof. Lichtheim aus Bern definitiv die Leitung der medicinischen Klinik in Königsberg übernehmen.

— In *Moskau* hat ein kleiner Kreis von 6 Aerzten eine *beständige ärztliche Dejour in der Petrow*'schen *Apotheke* eingerichtet, über deren Thätigkeit dem «Wratsch» folgende Daten zugegangen sind. Im Laufe des ersten Jahres (vom 1. Februar 1887 bis dahin 1888) haben die Dejourärzte 2244 Kranken ärztliche Hilfe geleistet und zwar hatten sich im ärztlichen Cabinet 1819 Kranke eingefunden, während ausserhalb desselben am Tage 153 und in der Nacht 272 Hilfeleistungen beansprucht wurden. In folgenden Fällen war unaufschiebbare Hilfe erforderlich: bei 10 Geburten, 13 gefährlichen Blutungen, 2 Harnverhaltungen, 8 Vergiftungen, 6 Blutergüssen in's Gehirn, 6 Fremdkörpern in der Speiseröhre, 28 hysterischen Anfällen und bei einem Hypnotisirten; in 7 Fällen waren die Kranken vor der Ankunft des Arztes gestorben. Die grösste Zahl der Consultationen fiel auf den Mai — 240, die geringste Zahl auf den April — 121.

— Die Generalversammlung der Theilhaber der medicinischen Unterstützungskasse hat beschlossen, bei der Hauptkasse versuchsweise eine *Abtheilung der Kasse für weibliche Aerzte* auf folgender Grundlage einzurichten: Im Verlaufe von 6 Jahren nimmt die Abtheilung Spenden und Beiträge laut § 10 der Statuten der Kasse (10 Rbl. alljährlich oder 200 Rbl. einmalig) entgegen. Nach Ablauf dieser Frist haben die weiblichen Aerzte darüber zu entscheiden, ob die eingegangenen Summen die Eröffnung einer eigenen Kasse gestatten oder nicht und ob sie für den Fall von ausreichenden Einzahlungen sich mit der allgemeinen medicinischen Unterstützungskasse zu vereinigen oder eine eigene Kasse zu gründen wünschen. Falls aber die eingegangenen Summen zur selbständigen Existenz einer besonderen Kasse nicht genügen sollten, so hat die Generalversammlung der Theilhaber der medicinischen Unterstützungskasse zu entscheiden, ob die weiblichen Aerzte, welche Einzahlungen gemacht haben, als Theilhaber der allg. Unterstützungskasse anzusehen sind oder ob ihnen das eingezahlte Geld zurückgezahlt werden soll. Mit Genehmigung des Gehilfen des Ministers des Innern werden Spenden und Beiträge zum Besten der Abtheilung der Unterstützungskasse für weibliche Aerzte entgegengenommen von dem Comitégliede Prof. W. A. Manassein (in der Klinik und in der Redaction des «Wratsch») und von dem Secretär des Comités W. N. Ssachnowski (Wosnessenski-Prospect, Haus № 26). Auswärtige haben ihre Spenden und Beiträge auf den Namen des Comités der Medicinischen Hauptunterstützungskasse unter der Adresse der St. Petersburger Hauptstädtischen Medicinal-Verwaltung (Wosnessenski-Prospect, Haus № 26) einzusenden.

— Prof. E. de Renzi (Rivista Clin. e. terapeut. II) führt 2 Fälle von hartnäckiger *Stomatitis mercurialis* nach subcutanen Injectionen von Sublimat mit Jodquecksilber an, in welchen er, ohne Aussetzen der Einspritzungen, Spülungen des Mundes *mit einer 0,25‰ Sublimatlösung* mit glänzendem Erfolge angewandt hat. Die Wirkung des Sublimats schreibt de Renzi dessen antiseptischen Eigenschaften zu und räth dieselben auch bei anderen Formen der Stomatitis (bei Scorbut, Saturnismus u. a.) anzuwenden. Von der 0,25‰ Sublimatlösung lässt er 500 Cc. pro die verbrauchen.

(Wr. № 11).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 10. bis 16. April 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
294	225	519	166	107	158	20	16	23	91	72	59	67	53	36	10	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 34, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 4, Masern 34, Scharlach 11, Diphtherie 6, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 62, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 137, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 39, Krankheiten des Verdauungscanals 107, Todtgeborene 26.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 912	1.—7. April	2588	31,1	—	1593	19,6
Paris . . .	2 260 945	1.—7. April	1117	25,7	96	1174	27,0
Brüssel . .	181 270	25.—31. März	101	29,0	2	71	20,3
Stockholm .	216 807	25.—31. März	195	46,7	6	110	26,5
Kopenhagen	300 000	4.—10. April	252	42,7	11	130	22,8
Berlin . . .	1 414 980	1.—7. April	887	32,6	49	561	19,0
Wien .	800 836	1.—7. April	651	42,3	35	461	29,0
Pest . . .	442 787	25.—31. März	302	35,2	21	313	37,9
Warschau .	439 174	25.—31. März	136	16,1	13	203	24,6
Odessa . .	280 000	1.—7. April	—	—	6	101	19,3
St. Petersburg	**861 303**	**8.—14. April**	**485**	**29,3**	**33**	**709**	**42,4**

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 18. St. Petersburg, 30. April (12. Mai) 1888.

Ueber das Vorkommen der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum in St. Petersburg.

Von

Dr. A. J. Skrebitzky.

Meine auf dem ersten Aerztecongresse in St. Petersburg gemachte Mittheilung über die Verbreitung der Blindheit in Russland*) hat eine grosse und theilweise erbitterte Polemik hervorgerufen, welche mich zu einer eingehenderen Bearbeitung dieser Frage verpflichtete, um gewissen Einwänden mit schärferen Waffen entgegentreten zu können. Unterdessen erging an mich vom Vorsitzenden der Commission «zur Verbesserung der Sanitätsverhältnisse unseres Vaterlandes», Prof. S. P. Botkin, die Aufforderung, «die Maassnahmen anzugeben, welche zu ergreifen wären, um die Verbreitung ansteckender Erkrankungen der Augen unter unserer Bevölkerung zu begrenzen und die Ursachen der bei uns so verbreiteten Blindheit zu verhüten und zu entfernen». Diese Arbeit ist noch nicht der Oeffentlichkeit übergeben, besteht aus mehreren Abschnitten, von denen die vorliegende Abhandlung einen Theil bildet und der Beurtheilung der Collegen hier empfohlen wird.

Meine Mittheilungen bewegen sich im Rahmen des mir zugänglichen Materials und protestire ich gegen eine Verallgemeinerung der von mir gelieferten Thatsachen.

Das übrigens ziemlich ungleichwerthige Material zu den nachfolgenden Untersuchungen fand ich in den Berichten des Medicinaldepartements, der beiden Findelhäuser in St. Petersburg und Moskau und den Ambulatorien des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, des Elisabeth-Kinderhospitals und der Augenheilanstalt in St. Petersburg.

In den *Berichten des Medicinaldepartements* tritt zuerst 1881 die Rubrik für die Ophthalmoblenorrhoe der Neugeborenen mit der Zahl 12,805 auf 3,991,291 Neugeborener, 1882 mit 11,304 auf 4,318,346 in 63 Provinzen Neugeborener auf. Es erweist sich aber bei näherer Betrachtung der vorhandenen Einzeldaten nach den Provinzen (Gouvernements), dass sie kein Vertrauen verdienen, weil sie theils unvollständig sind, theils aber einander widersprechen; das Medicinaldepartement legt übrigens selbst kein allzugrosses Gewicht auf die ihm zufällig zugestellten Zahlen. Sehen wir uns die Einzelsummen für die einzelnen Provinzen (Gouvernements) an, so tritt die Unvollständigkeit der dem Medicinaldepartement zugeflossenen Daten noch augenfälliger hervor. Es ist doch recht unglaublich, dass z. B. 1882 in der Provinz Kowno auf 49,005 Neugeborene nur 2 an O. n. [1]), in der Provinz Nowgorod auf 46,910 nur 7, in der Provinz Olonez auf 15,478 — 4, in der Provinz Plozk auf 22,718 nur 7 u. s. w. erkrankt seien. Diese Thatsachen widersprechen nicht allein den im Auslande gesammelten Daten und den Erfahrungen unserer Gebäranstalten, sondern auch denen jedes russischen Arztes, in specie der Geburtshelfer und Augenärzte. Andererseits lesen wir in demselben Berichte, dass in der Provinz Kiew auf 148,929 Neugeborene 755, in der Provinz Ssimbirsk auf 72,513 — 1,356, in der Provinz Charkow auf 100,230 — 1,225 an O. n. erkrankt waren.

Zwischen diesen Minima's und Maxima's vertheilen sich die übrigen Provinzen. Beim Vergleichen der einzelnen Berichtsjahre stossen wir wiederum auf neue Widersprüche, z. B.:

Es erkrankten an O. n. im Jahre	*1881*	*1882*
in der Provinz Ssimbirsk	26	1356
» » » Nishni-Nowgorod	1594	27
» » » Perm	1020	275
» » » Podolsk	1515	93
» » » Charkow	14	1225

Ich führe diese Zahlen nicht deshalb an, weil ich sie als Grundlage unserer Betrachtungen über den vorliegenden Gegenstand benutzen will, sondern nur, um zu zeigen, auf wie schwanker Basis unsere officielle med. Statistik beruht, wie viel in ihr Widersprüche und Selbstanklagen vorhanden sind. Endlich möchte ich, angesichts der von verschiedenen Seiten auf mich in Folge meiner oben erwähnten Mittheilung über die Verbreitung der Blindheit in Russland einstürmenden Angriffe, mir erlauben die Frage aufzuwerfen, ob ich Recht hatte, bei Berücksichtigung der bei uns vorhandenen Organe für die Sammlung statistischen Materials den Berichten der Recrutirungscommissionen die erste Rolle zuzuerkennen oder nicht?

Wie soll man sich diesen Unterschied in der Morbidität

*) cf. diese Wochenschrift 1886 № 4.

[1]) Der Kürze halber wird in der Folge O. n. überall für Ophthalmoblennorrhoea neonatorum stehen.

an einem und demselben Orte in den auf einander folgenden Jahren erklären?

Die eitrige Blennorrhoe ist bekanntlich eine höchst ansteckende Krankheit und beruhigen wir uns bei dieser Auffassung, so ist die Erklärung fertig: in dem einen Jahre herrschte die Infection in diesen Oertlichkeiten epidemisch und umgekehrt, wo sie im vergangenen Jahre nicht geherrscht hatte, da ist sie im folgenden aufgeflammt. Diese für manche andere Infectionskrankheiten gültige Erklärung gilt dem Ophthalmologen nicht für die O. n., da sie zu dieser nicht passt. Der Augenarzt weiss, dass diese Erkrankung trotz ihres infectiösen Charakters nicht epidemisch aufflackert und sich endemisch nicht verbreitet, da ihre Quelle die Geschlechtstheile der Mutter darstellen. Wir haben somit das Recht zu behaupten, dass der Unterschied in den Angaben wohl darauf beruhe, dass die einen Berichterstatter mehr, die anderen weniger Aufmerksamkeit der Krankheit zuwandten. Für einige Provinzen (z. B. St. Petersburg) fehlen die Angaben gänzlich, was durchaus nicht annehmen lässt, dass die O. n. dort überhaupt nicht vorgekommen sei.

Das Medicinaldepartement selbst legt augenscheinlich kein grosses Gewicht auf die Richtigkeit der ihm zufällig zugestellten Zahlen über das Vorkommen der O. n., denn es sagt geradezu im Berichte für 1881: «Aus den Angaben über den Gesundheitszustand der Einberufenen ergiebt sich, dass alljährlich eine bedeutende Anzahl derselben verschiedener Augenerkrankungen wegen zurückgewiesen werden..... Diese sind folglich sehr verbreitet und nehmen von Jahr zu Jahr nicht ab.» Das Departement betont namentlich die infectiösen Krankheiten (Ophthalmoblennorrhoe und Trachom) und fügt hinzu, «dass von den an den Augen Erkrankten nur ein kleiner Procentsatz ärztlichen Beistand genossen hätte» [2]).

In Anbetracht des oben Gesagten und des Umstandes, dass die ärztliche Hülfe nur in wenigen Fällen eine specialistische und deshalb wohl nicht sehr zweckmässige gewesen war, können wir annehmen, dass diese gefährliche und rasch verlaufende Krankheit in einer nicht geringen Anzahl von Fällen zu Blindheit geführt haben wird, eine Schlussfolgerung, welcher wohl jeder Augenarzt beistimmen wird. Deshalb verlieren wir an den in den Berichten fehlenden Angaben über den Ausgang der Krankheit nichts, da dieser uns auch beim Stummsein der Berichte bekannt ist.

Ein anderes, viel werthvolleres und mehr Vertrauen erregendes Material bieten uns die jährlichen *Berichte der beiden Findelhäuser*. Ich habe in den beiliegenden Tabellen die alljährlich in die Findelhäuser gebrachten Neugeborenen, Knaben und Mädchen mit Bezeichnung der Augenkranken im Allgemeinen und mit O. n. Behafteten im Besonderen und dem Procentverhältniss dieser beiden Kategorien zu der Zahl der Aufgenommenen verzeichnet; auch habe ich den, den Gebäranstalten und Findelhäusern — ob mit Recht oder mit Unrecht, bleibe dahingestellt — öfters gemachten Vorwurf, die O. n. zu entwickeln, berücksichtigt.

Die Art und Weise der Berichterstattung über die Aufnahme neugeborener Kinder in die Findelhäuser ermöglichte es mir, die Aufgenommenen in zwei Kategorien zu scheiden, in 1) mit bereits vorhandener O. n. Eingetretene und 2) in der Anstalt selbst daran Erkrankte.

Leider konnte ich von dem mir vorliegenden enormen Materiale aus verschiedenen Gründen nur die beiden letzten Decennien benutzen; u. a. geben die *Moskauer* Berichte den Ausgang der Erkrankung — Verlust oder Beschädigung des Sehorganes — nicht an. Ferner sind nicht in jedem Jahre die an O. n. Erkrankten angeführt und kann ich deshalb nur die Zahl der Mortalität (31,425), der Morbilität (90,583) und der Aufnahme (121,833) für die Jahre 1870—79 anführen, die Mortalität betrug demnach 25,8 %, die Morbilität 74,2 %. Augenkranke im Allgemeinen gab es in diesem Zeitraum 9,053 = 7,4 % im Mittel mit Schwankungen bis 9,4 % der Aufgenommenen und 14,3 % der gesammten Krankenzahl (im J. 1876); 1879 gab es nur 2,5 % der Aufgenommenen und 4,9 % aller Kranken, deren Ursache aus den Berichten nicht zu ersehen. Die Zahl der Erkrankungen an O. n. sind auch nicht vollständig zu ermitteln, es giebt Jahre (1870—72), wo sie sehr zahlreich waren, 2,517 auf 33,089 Aufgenommene = 7,6 %, von diesen traten 1,332 Kinder (mehr als 40 %) inficirt in's Findelhaus, während von den in den Jahren 1875, 1876, 1878, 1879 Aufgenommenen nur 994 an O. n. (etwa 1,9 %) erkrankten; die Zahl der mit bereits entwickelter Krankheit Eingetretenen ist für diese 4 Jahre nicht angegeben. Da die Moskauer Berichte Nichts über die Zahl der Erblindeten oder an den Augen Beschädigten mittheilen, so ist aus ihnen nur ersichtlich, dass das Procent der Morbilität an O. n. zwischen 2,0—7,6 % der Neugeborenen schwankt.

Die Berichte des *St. Petersburger* Findelhauses sind im grossen Ganzen wohl viel vollständiger, als die des Moskauer, doch konnte ich nicht alle für meinen Zweck benutzen und habe deshalb aus meiner II. Tabelle nur die 16 Jahre — 1868 bis 1883 — mit 125,696 Neugeborenen und 8,376 an O. n. Erkrankten ausgeschieden und zu meinen Untersuchungen gebraucht.

Zuerst möchte ich auf die Frage antworten, ob ich das Recht habe die von mir in Bezug auf Erkrankungen an O. n. aus den Berichten des Findelhauses gewonnenen Resultate auf die übrige, vorwiegend arme Bevölkerung der Residenz auszudehnen? Ich hätte das wohl thun können, wenn ich über ein umständlich und sorgfältig gesammeltes Material aus der sogen. «freien Praxis» hätte verfügen können, doch bleibt ein solches vorläufig ein frommer Wunsch. Nichtsdestoweniger wage ich doch den Versuch, an der Hand des Materials des Findelhauses für die genannten 16 Jahre die Erkrankungen an O. n. in den armen Bevölkerungsclassen, welche hier ausschliesslich berücksichtigt werden sollen, zu beleuchten.

Von den 125,696 Neugeborenen erkrankten an O. n. in der 16-jährigen Periode 8,376, von welchen 5,793 (69 %) bereits inficirt das Findelhaus betraten, welches mithin wenigstens für ²/₃ der Erkrankung nicht verantwortlich zu machen ist. Diese Thatsache bestätigt auch die vor langer Zeit vom Director des Prager Findelhauses, Ritter von Rittershain, und nach ihm von vielen Anderen aufgestellte Behauptung, dass die Mehrzahl der an O. n. erkrankten Kinder bereits inficirt von ausserhalb in die Findelhäuser gelangen und dass diese durchaus nicht den Vorwurf, eine ausschliessliche Brutstätte dieser Krankheit darzustellen, verdienen. Die enorme Morbilität der Kinder vor ihrem Eintritte in die Findelhäuser wird, wie wir gesehen, auch durch das St. Petersburger illustrirt und erklärt sich durch die kläglichen hygienischen Verhältnisse, unter welchen grösstentheils die armen Wöchnerinnen sich befinden.

Ich will mit der soeben ausgesprochenen, nicht allgemein getheilten Ansicht nur das der Bearbeitung meines Materials entsprossene Factum feststellen. Dass eine Infection in den Findelhäusern stattfinde, leugne ich keineswegs, es kann äusserst leicht in der Anstalt eine Epidemie der O. n. durch Unreinlichkeit der Krankenwärterinnen und Ammen ausbrechen, doch sind die Institute keineswegs für das verantwortlich zu machen, was ihnen von aussen zugetragen wird und sind die Verhältnisse in ihnen jedenfalls nicht schlechter, als in den Dörfern, da in ihnen ja immer ärztliche Hülfe vorhanden ist.

Bevor ich an die Besprechung der Tabelle II gehe, muss ich die Bemerkung vorausschicken, dass die beiden, an Neugeborenen vorkommenden Augenkrankheiten, die Ophthalmia catarrhalis und blennorrhoica in dem mir vorliegenden Materiale selbst in den frühesten, der vorophthalmoskopischen Zeit entstammenden Berichten scharf unterschieden werden können; in den meisten Berichten sind diese beiden Formen auch formell von einander geschieden. Im Berichte

[2]) 1881 wurden von 12,805 blennorrhoischen Neugeborenen (aus den Berichten des Medicinaldepartements) nur 2,889, 1882 von 11,304 nur 2000 in Heilanstalten behandelt.

für 1857 heisst es: «bedeutende Spannung und Schwellung der Augenlider, starke Infiltration der ganzen Conjunctiva, Chemosis conj. bulbi um die Hornhaut herum, reichliche Eiterabsonderung». Und ferner: «die leichten Formen selbst mit bedeutender Lidanschwellung und eitrig-schleimiger Absonderung gehören der Ophthalmia catarrhalis an». Wer von den jetzigen Ophthalmologen würde verkennen, dass unsere Vorgänger, deren Material ich augenblicklich benutze, es mit eitriger Ophthalmie zu thun hatten?

Wir haben nach diesem Citate durchaus kein Recht daran zu zweifeln, dass die auf uns überkommenen Zahlen sich wirklich auf die uns beschäftigende Krankheit beziehen. Ich habe die letzten Berichte mit Vorliebe benutzt, nicht allein ihrer Vollständigkeit halber, sondern weil sie auch wegen Anwendung der neuesten Behandlungsmethoden die allerbesten Heilungsresultate für beide Formen geben.

Betrachten wir nun unsere Zahlen.

Von den, während 16 Jahren, von 1868—83 dem Findelhause übergebenen 125,696 Kindern litten an den Augen überhaupt 10,367 (8,24%); an O. n., sowohl von aussen importirter, als auch in der Anstalt selbst aufgetretener 8,376 (6,6%), von welchen 5,793 (4,6% aller Neugeborenen, 69% aller Blennorrhoischen) bereits inficirt in das Haus gebracht wurden.

Wie gestaltete sich nun der Ausgang dieser Krankheit?

Auf einem Auge erblindeten 191, auf beiden 104. Läsionen eines Auges hatten 421, beider Augen 160; ausserdem sind verzeichnet, ohne in Erblindete und an den Augen Geschädigte geschieden zu sein, 100 Lebengebliebene und 199 an anderen Krankheiten Gestorbene, ausserdem noch 83 auch nicht Geschiedene, die aus früheren Jahrgängen zurückgeblieben.

Ich muss aber bemerken, dass die Zahl der Erblindeten im J. 1873 in Procent, 1875 garnicht angegeben ist; in den Jahren 1870, 1878, 1879, 1883 ist die Zahl der gestorbenen Erblindeten und an den Augen Lädirten nicht verzeichnet; solche Daten fehlen auch im Contingente der aus den Vorjahren 1868—70 und 1880—83 Zurückgebliebenen.

Ich mag nicht entscheiden, ob in den genannten Jahren diese Factoren überhaupt fehlten oder vom Berichterstatter im Versehen ausgelassen worden sind. Nehmen wir auch die erste, *allergünstigste* Möglichkeit an, so erhalten wir doch 1,258 Blinde und mit lädirten Augen.

Unter Läsion nach O. n. verstehen die Berichte: Maculae corneae, Leucoma (partiale, totale, diffusum, Cicatrix cum synechia), Staphyloma corneae, Atrophia oculi.

Für jeden Arzt ist es leicht verständlich, dass mit Ausnahme der Maculae corneae solche «Läsionen» in den übrigen Fällen der Blindheit gleichbedeutend seien, für letztere bleibt aber, im Sinne der Berichte, nur der Ausdruck Phthisis bulbi übrig......

Das Schlussresultat wäre also folgendes:

Von 125,696 Neugeborenen litten im Findelhause 8,376 an Blennorrhoe, von denen wiederum 1,258 Kinder (15% der blennorrhoischen, 1% der ganzen Zahl der Neugeborenen) blind auf einem oder auf beiden Augen, oder mit euphemistisch sogenannten »Läsionen« der Augen entlassen worden sind.

Stellen wir aus den Berichten besonders der *letzten* Periode die Zahlen der unter den Neugeborenen *verbreitetsten* Augenerkrankungen zusammen, so erhalten wir recht lehrreiche Summen, welche einiges Licht auf die Entstehungsweise der Blindheit unter der ärmeren Classe der Residenz werfen. (Siehe die nachstehende Tabelle Spalte 2 oben.)

Aus dieser Tabelle lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1) In dieser 8-jährigen Periode kommen auf die eitrige Ophthalmie im Mittel 84,9% solcher Augenerkrankungen.

2) Die einfache catarrhalische Conjunctivitis giebt nur 15,1%.

3) Beide Augen werden von der O. n $2^1/_2$ Mal öfter als nur ein Auge ergriffen.

Jahr	Conjunctivitis catarrhalis		Ophthalmo-blennorrhoea		Conjunct. catarrhal. und Ophthalmo-blennorrhoea	%verhältniss d. Ophthalmo-blennorrhoea zur Summe der Augenkranken
	1 Auge	2 Aug.	1 Auge	2 Aug.		
1876	23	77	136	297	533	81,2
1877	10	60	138	241	449	84,4
1878	21	81	170	335	607	83,2
1879	19	87	169	391	666	84,0
1880	51	66	170	505	792	85,2
1881	45	103	216	453	817	82,2
1882	15	63	166	477	721	89,2
1883	26	45	115	500	686	89,6
	210	582	1280	3199	5271	84,9

Wird nun ein solches Verhältniss im Findelhause beobachtet, in welchem die neueingetretenen Kinder sofort ärztliche Hülfe und rationelle Pflege finden, so ist es wohl kaum anzunehmen, dass sich ein ähnliches unter der armen, unwissenden, ohnmächtigen Dorfbevölkerung, welche die Möglichkeit der Ansteckung eines Auges durch das andere nicht kennt, finde, vielmehr muss es ein viel grösseres sein. Wird es nicht leicht verständlich, dass das neugeborene Bauerkind ohne die nöthigen Vorsichtsmaassregeln bei der grossen Ansteckungsfähigkeit des Uebels beide Augen verlieren kann, welche ihm bei rechtzeitig geleisteter ärztlicher Hülfe erhalten worden wären oder es nur ein Auge eingebüsst, oder irgend eine Läsion davongetragen hätte! Ich bin der Meinung, dass unter der Landbevölkerung der Procentsatz totaler oder partieller Erblindungen höchst wahrscheinlich ein viel höherer sein müsse, als unter den Zöglingen des Findelhauses. Freilich will ich nicht behaupten, dass alle blinden Bauerkinder Opfer der O. n. geworden sind, es giebt noch viele andere Ursachen der Erblindung, es kommt aber sicherlich auf die, in den ersten Lebenswochen auftretende O. n. der grösste Procentsatz consecutiver Blindheit, selbst wenn man ihn mit der Summe aller Augenerkrankungen bis zum Wehrpflichtsalter vergleicht.

Endlich ergiebt sich aus einer Zusammenstellung der Jahre mit dem *allergünstigsten* Resultate der Behandlung der O. n. (1880—83), dass in diesem Quadriennium unter 2,334 von Augenaffectionen geheilten Kindern 149 (6,3%) mit verschiedenen «Läsionen» und Complicationen [3]) des anfänglichen Leidens «laufen gelassen» wurden, wie es im Berichte des Findelhauses heisst; es erblindeten aber 32 Kinder (1,3% der Geheilten[4]). In den Vorjahren bei weniger vollkommenen Behandlungsmethoden betrug die Zahl der Erblindungen laut Bericht aus jener Zeit 2 und mehr Procent der an O. n. Erkrankten.

Hierbei erhebt sich von selbst die Frage, wie gross wohl der Procentsatz der in Folge von O. n. Erblindeten sein müsste, wenn, wie in der ländlichen Bevölkerung, gar keine ärztliche Hülfe vorhanden ist[5]) oder das Uebel durch die Intervention von Curpfuschern und Quacksalbern sich complicirt?

Wir sehen, dass in der Zeit, in welcher die ärztliche Kunst noch nicht so wie heute entwickelt war, der Procentsatz der Erblindungen im Findelhause ein sehr grosser war.

[3]) Dieser Procentsatz erscheint thatsächlich grösser, weil er aus der Gesammtsumme der Augenerkrankungen gezogen ist, d. h. mit Einschluss der folgenlosen Conjunct. catarrh.; es müsste, um die wahre Ziffer zu erhalten, nur die Zahl der blennorrhoischen Kinder berücksichtigt werden.

[4]) Rechnet man zu den 2,334 von Augenerkrankungen geheilten Kindern, noch die Gestorbenen hinzu, (zusammen 3,106), so muss, da unter der letzteren sich gewiss Blinde befunden haben, das Procent der Erblindungen entschieden vergrössert werden.

[5]) Ayres hat 100 von Beginn an behandelte und 100 ohne Behandlung gelassene Fälle von O. n. mit einander verglichen und gefunden, dass aus der ersten Serie kein einziges erblindete, aus der zweiten aber 42 Kinder Cornealaffectionen davontrugen, von welchen 6 auf beiden, 5 auf einem Auge erblindeten.

Wir nehmen z B. die Jahre 1846—1850, 1855—1857, 1861 und 1864 heraus, für welche wir vollständige Daten besitzen. In dieser 10-jährigen Periode wurden dem Findelhause 56,245 Neugeborene zugetragen, von denen an Augenkrankheiten im Allgemeinen 4,385 (7,8 %) litten, Läsionen der Hornhaut und andere Complicationen hatten 687, blind auf einem Auge waren 117, auf beiden 91, folglich betrugen die Cornealaffectionen 1,2 % aller Aufgenommenen, 15,6 % aller Augenkranken und betrug dieses Verhältniss bei den einseitig Erblindeten 0,2 % resp. 2,6 %, bei den vollkommen Blinden 0,16 % resp. 2,07 %.

Diese günstigen Resultate sind es aber bei näherer Betrachtung nur scheinbar (latet anguis in herba!), wenn wir das berücksichtigen, was die Berichte unter «Läsionen» der Cornea[6]) verstehen; wir müssen offenbar, wie ich glaube, einen nicht geringen Theil der 687 «Lädirten» den officiell anerkannten 117 einseitig und 91 beiderseitig Erblindeten zuzählen; wie gross dieser Theil ist, wage ich nicht zu bestimmen, aber gering wird er nicht sein! Ausgeschlossen sind in dieser Rechnung die blind oder mit lädirten Augen Gestorbenen. Kurz — der Procentsatz der zerstörten oder geschädigten Augen bei den neugeborenen Kindern während dieser Periode, aus der ärmeren Bevölkerung der Residenz ist, trotz der freilich oft durch die Schuld der Mutter nicht rechtzeitig eingeleiteten ärztlichen Behandlung, ein enormer.

Befinden sich nun auch heute die Neugeborenen unserer Landbevölkerung in Bezug auf die O. n. in einer weit schlimmern Lage, wie die in das Findelhaus vor 20—30 Jahren gebrachten, oder nicht?

Ich muss daran erinnern, dass 69 % nicht im Findelhause, sondern zu Hause, in der Stadt, unter dürftigen Verhältnissen an O. n. erkrankten und noch hinzufügen, dass die Pfleglinge des Findelhauses im Vergleiche mit den in Dörfern Geborenen sich in einer, so zu sagen, privilegirten Stellung, wenigstens in medicinischer Beziehung, befinden. Die ärztliche, den Dorfbewohnern unzugängliche Hülfe tritt ihnen an der Schwelle des Hauses entgegen, während ein etwas verspäteter Eintritt in dasselbe schlimme Folgen nach sich zieht. Fast in jedem Berichte des Findelhauses wird der mangelhaften Pflege, der Vernachlässigung und der schädlichen hygienischen Verhältnisse in den Wohnungen der zugetragenen Kinder Erwähnung gethan, welche die Entwickelung von Cornealaffectionen bei bestehender O. n. begünstigen, was aus der alljährlich sich wiederholenden Beobachtung hervorgeht, dass je länger die O. n. in der Wohnung des Kranken bestanden hatte, desto häufiger die Hornhaut schwer erkrankte.

Wir haben hier, in Ermangelung einer directen, eine indirecte Erklärung für die Häufigkeit der Erblindung allein durch die O. n. unter der Landbevölkerung. Setzen wir das Unwahrscheinliche voraus, dass die Lebensbedingungen unter den Landleuten günstigere, als unter den armen Städtern wären und dass in Folge dessen die Morbilität sich um 50 % verringere, so werden doch die Opfer der O. n. noch so zahlreich sein, dass sie nach 20 Jahren, unter ärztlicher Controle die Register der Recrutirungscommissionen ohne künstliche Beihülfe, auf natürlichem Wege anfüllen würden.

Freilich werden diese Schlüsse nicht Jedermann überzeugen, man kann mir vorwerfen, dass die oben erwähnten 69 %, trotz ihrer Herkunft aus Privatwohnungen doch ein Material des Findelhauses darstellen.

Ich kann ein anderes vorlegen.

Dank der verbindlichen Mithülfe der Collegen Reitz und Woronichin bin ich im Stande, Angaben über die von 1873—1885 in das *Ambulatorium des Elisabeth-Kinderhospitals in St. Petersburg* gebrachten augenkranken Kinder zu machen.

[6]) Ich habe weder Blindheit noch Läsionen der Cornea bei den Gestorbenen in dieser Berechnung berücksichtigt, weil nur in 3 von 8 Berichten sich Hinweise auf dieses Verhältniss finden. 1846 und 1847 betrugen diese 7 % aller an den Augen Erkrankten, 1869 war aber dieses Verhältniss: 125 lädirte Augen bei 69 Gestorbenen.

Jahr	Allgemeine Zahl der kranken Kinder	Augenkranke	Mit Ophthalmoblennorrhoe
1873	7,038	268	24
1874	9,067	488	28
1875	10,168	588	20
1876	12,496	612	21
1877	13,553	773	27
1878	16,008	1044	39
1879	14,391	833	62
1880	17,284	1203	59
1881	17,725	1277	45
1882	20,203	1361	43
1883	16,344	1115	42
1884	17,148	1278	21
1885	17,047	1161	52
	188,472	12,001	483

Augenkranke im Allgemeinen gab es mithin 6,3 %, blennorrhoische aber 4,0 % der Augenkranken. Letzteres ist niedriger, als in der Wirklichkeit, weil es sich auf das Kindesalter überhaupt und nicht auf die *Neugeborenen* bezieht, bei welchen die Ophthalmoblennorrhoe vorzugsweise vorkommt.

Es wäre wünschenswerth, um den wahren Procentsatz der Erkrankungen an O. n. bei Neugeborenen zu erhalten, die allgemeine Zahl dieser letzteren zu kennen, was aber, beim Mangel nöthiger Daten, ich nur auf einem Umwege erlangen kann. Dr. Reitz sagt nämlich in der 2. Ausgabe seines Buches über Kinderkrankheiten (S. 83 und 84), dass nach 10-jährigem Durchschnitte sich unter der Gesammtzahl seiner Kranken 2,5 % bis zu *einem Monate alte* Kinder befanden. Hieraus kann ich folgern, dass die 483 blennorrhoischen Kinder in dem genannten Zeitraum 4,712 bis zu einem Monate alten Kindern entsprechen, also betragen die blennorrhoischen 10,27 % der Neugeborenen — eine die von den Findelhäusern gelieferten Zahlen bedeutend übersteigende Ziffer.

Der Director des *Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg*, Dr. K. A. Rauchfuss, hat mir hier in Summen aufgeführte Daten mitgetheilt, für welche ich ihm aufrichtig danke und die gleichfalls Licht auf die uns interessirende Frage werfen; sie entstammen dem Ambulatorium und beziehen sich auf 12 Jahre. Das Jahr 1883 fehlt in der Tabelle, weil die Ambulanz wegen schwerer Panophthalmie des dieselbe leitenden Arztes zeitweilig geschlossen war und die aus diesem Jahre stammenden Zahlen nach Ansicht des Herrn Dr. Rauchfuss keinen Werth für die Statistik haben.

Jahr	Allgemeine Zahl der kranken Kinder	Allgemeine Zahl der augenkranken Kinder	Zahl der blennorrhoischen Kinder
1873	11,476	584	48
1874	10,337	708	43
1875	12,560	593	36
1876	14,294	653	53
1877	15,718	756	71
1878	18,646	736	58
1879	17,266	469	41
1880	20,239	924	74
1881	20,224	852	60
1882	24,165	699	83
1884	19,852	707	43
1885	19,490	931	58
	204,267	8612	668

Die eigentliche Zahl der Neugeborenen ist uns nun freilich unbekannt, berechnen wir aber nach Reitz aus der Summe der in das Ambulatorium gebrachten Kinder die Zahl der bis zu 1 Monate alten, so erhalten wir solcher 5,105. Beziehen wir nun auf diese Zahl die 668 an O. n. erkrankten Kinder, so sehen wir, dass 13 % der Neugeborenen mit diesem Uebel behaftet in die Ambulanz gebracht worden sind. Wollen wir uns aber dem Vorwurfe des Pessimismus nicht aussetzen, ein günstigeres Verhältniss annehmen und voraussetzen, dass die Zahl der im Oldenburger Kinderhospitale vorgestellten Neugeborenen eine grössere, als die im Elisabeth-Kinderhospitale gewesen sei — dann würden aber die Zahlen der beiden Anstalten sich nur mit einander ausgleichen. Uebrigens wollte Herr Dr. Rauchfuss zu weiterer Klarstellung dieser Frage mir, wenn möglich, die

Zahl oder das Procent der, bis zu 4 Wochen alten Neugeborenen zur Verfügung stellen und werde ich dann nicht ermangeln, genaue Schlüsse aus diesen Zahlen mitzutheilen.

Aus dem recht gewaltigen, von den Findelhäusern und den Kinderhospitälern gelieferten und einer sorgfältigen ärztlichen Untersuchung unterworfenen Material kann ich wohl den Schluss ziehen, dass unter unserer armen Residenzbevölkerung 8—10—12% aller Neugeborenen an O. n. erkranken. Es ist mir leider nicht gelungen die Zahl der erblindeten und «lädirten» Augen zu ermitteln, was übrigens bei einem ambulatorischen Material auch kaum möglich gewesen wäre. (Schluss folgt).

Referate.

Vitali: Guajakharz als Reagens auf Eiter. (Giorn. di farm. e di chim.).

Bekanntlich bläut sich, wie van Deen es gezeigt hat, Guajaktinctur, welche mit altem (ozonisirten) Terpenthinöl versetzt ist, bei Berührung mit Hämoglobin, doch muss man, um ganz sicher zu geben, zuerst die Tinctur der zu untersuchenden Flüssigkeit zusetzen; tritt keine Bläuung ein, so fügt man das Terpenthinöl hinzu; wird dann die Flüssigkeit blau, so ist sicher Blut in ihr vorhanden. In einem saueren, aber Eiterkörperchen enthaltenden Urin, giebt die Guajaktinctur gleichfalls eine Bläuung, welche durch directe Oxydation der Tinctur durch den Eiter bedingt wird. Dies wird durch Durchlassung eines solchen eiterhaltigen Urins durch ein dreifaches Filter bewiesen: der durchfliessende eiterfreie Harn wird durch Guajaktinctur nicht gebläut, wohl aber der auf dem Filter zurückgebliebene Eiter. Aus diesem folgt, dass die rothen Blutkörperchen das Guajakharz nur mit Hülfe des ozonisirten Terpenthinöls oxydiren, während die weissen dazu des letzteren nicht bedürfen. Zu bemerken ist, dass die van Deen'sche Reaction in alkalischem Harne nicht zu Stande kommt, weshalb dieser mit Essigsäure angesäuert werden muss. (Bullet. de thérap. 1888. № 1). Hz.

Senger: Studien zur Aetiologie des Carcinoms. (Berl. klin. Wochenschr. № 10).

Senger erklärt die Theorie, dass das Carcinom ähnlich wie Tuberculose und Syphilis durch einen Infectionsorganismus bedingt werde, für gänzlich unhaltbar, da wir bis jetzt kein Bacterium kennen, welches heteroplastische Wucherungen hervorzurufen im Stande wäre. Viel eher würde schon die Theorie mit den Thatsachen stimmen, dass wir einen Infectionsträger supponiren, dem wir im Sinne unserer kariokinetischen Studien eine bestimmte Beziehung zu dem Zellkern oder den Kerntheilen zuweisen, so dass der Mikroorganismus mit der Zelle oder die inficirte Zelle erst die Grundlage für die weitere Infection liefert. Die von S. unter aseptischen Cautelen gemachten Impfungen mit carcinomatösen Theilen fielen sämmtlich negativ aus. Ebenso gelang es von 350 nach Scheurlen gemachten Culturversuchen nur in einem einzigen, die von Scheurlen beschriebenen Bacillen zu bekommen. Das was Scheurlen im Krebssaft für Sporen hält erklärt Senger für Fettkügelchen, da nach dem Ausschütteln des Saftes mit Aether die Zahl dieser Körperchen bedeutend geringer ist. Der von Scheurlen cultivirte Bacillus gehört zur Gattung der Kartoffelbacillen. Kn.

M. Nitze: Beiträge zur Endoskopie der männlichen Harnblase. (Langenbeck's Archiv. XXXVI, 3).

Mit berechtigtem Stolz giebt Verf. «seiner tiefen Befriedigung darüber Ausdruck, dass endlich, nach langer Arbeit, der mechanische, der instrumentelle Theil der neuen Untersuchungsmethode erledigt ist, und dass er sich nun ganz dem Studium der durch das Kystoskop in grösster Klarheit zur Anschauung gebrachten pathologischen Processe der Blaseninnenfläche widmen könne». Treffend ist der Vergleich seiner Erfindung mit dem Laryngoskop, welchem dieselbe an Bedeutung gewiss nicht nachsteht. Der allgemeinsten Verwerthung zugänglich ist dieselbe freilich erst durch die letzten, aus dem Frühjahre 1887 datirenden Verbesserungen geworden. Denn obgleich auch schon bei dem alten Modell die Lichtquelle in das Blaseninnere selbst gebracht wurde, und derselbe optische Apparat eine gleiche Vergrösserung des Gesichtsfeldes gestattete, so war doch jenes Instrument zu complicirt, kostspielig und schwer zu handhaben, um auf weitere Verbreitung unter den praktischen Aerzten rechnen zu können. Mit der Einführung des Edison'schen Mignonlämpchens als Lichtquelle an Stelle des glühenden Platindrahtes wurde nicht nur die Wasserleitung überflüssig, sondern es erschien auch nicht mehr nothwendig, stets mit sehr starken, absolut constanten Strömen zu arbeiten, die ihrerseits wieder das Manipuliren mit einem Rheostaten bedingten.

Das jetzige Modell gleicht einem Mercier'schen Catheter vom Kaliber 23 der Filière Charrière, in dessen Schnabelspitze ein Edison'sches Lämpchen so eingekittet ist, dass ein Theil seiner Wandung in einem Auge des Catheters direct zu Tage liegt. Als Batterie dienen 6 kleine Grenet'sche Elemente, welche einzeln einzuschalten sind und von denen schon 4 bis 5 zur Erzeugung eines hellen, weissen Lichtes hinreichen. Die von derselben entwickelte Wärme kommt innerhalb der mit Flüssigkeit gefüllten Blase nicht in Betracht und ist auch so gering, dass das Lämpchen selbst bei Anwendung aller 6 Elemente bequem längere Zeit hindurch in Berührung mit der Haut gehalten werden kann. Etwa verbrauchte Lämpchen sind bequem zu erneuern. Das Bild der beleuchteten Blasenschleimhaut wird nun durch ein ebenfalls an der Aussenfläche des Apparates zu Tage tretendes spiegelndes Prisma in die Axe desselben projicirt und durch ein Ocular in der ungefähren Ausdehnung eines Dreikopekenstückes sichtbar gemacht. Je nach der gegenseitigen Anordnung des Lämpchens und Prismas sind drei Modificationen des Apparates zu unterscheiden, welche zusammen eine genaue Absuchung der Blaseninnenfläche ermöglichen.

Mit diesen Instrumenten kann jede Blase endoskopirt werden, die folgende drei Bedingungen erfüllt: 1) Die Harnröhre muss genügend weit sein, um das Instrument glatt passiren zu lassen. Störend wirkt in dieser Beziehung für unsere Verhältnisse (die wir mit einem durchschnittlich engeren Harnröhrenkaliber rechnen müssen, als in West-Europa) der winklige Uebergang des Schaftes in den Schnabel, da dadurch das ohnehin schon ziemlich starke Kaliber des Instrumentes an dieser Stelle noch nicht unbeträchtlich erhöht wird Eventuell wäre also der Untersuchung eine Dilatation der Harnröhre vorauszuschicken. 2) Die Blase muss genügend tolerant sein, oder event. durch Cocain gemacht werden können, um ca. 150 Ccm. Wasser aufnehmen zu können. 3) Das Wasser muss während der Dauer der Untersuchung klar bleiben, d. h. es darf keine profuse Eiter- oder Blutbeimischung die sichtbaren Medien trüben. Geringere Grade von Blasencatarrh oder -Blutung stören die Untersuchung noch nicht; freilich aber gilt es als Regel, während der Dauer einer Hämaturie nicht zu untersuchen.

Verf. zeigt nun des Breiteren, was sich von seiner Untersuchungsmethode für die Zukunft Alles erwarten lässt; wie schon ein normaler Befund des Blaseninneren von grosser differentiell-diagnostischer Bedeutung sein kann; wie sich verschiedene entzündliche Processe der Blasenschleimhaut differenziren lassen; welche Dienste das Kystoskop für die Diagnose von Trabekeln, Divertikeln, eingekapselten Steinen, für die Entdeckung und Entfernung von Fremdkörpern, sowie als wesentliche Ergänzung des Lithotriptors leisten wird. Den grössten Fortschritt aber werden wir durch dasselbe in der Diagnose der Blasentumoren machen. Galt für diese bisher der trostlose Satz Guyon's, dass je sicherer die Diagnose, um so schlechter die Prognose sei, so steht zu hoffen, dass fortan durch das Kystoskop in zweifelhaften Fällen von Blasenblutung eine Diagnose schon zu einer Zeit ermöglicht werden wird, wo die Operation noch mit sicherer Aussicht auf Erfolg unternommen werden kann. Die bereits im Entstehen begriffene Statistik einschlägiger Fälle wird in extenso mitgetheilt. Verf. prophezeit, dass die Beobachtungen von Blasentumoren, welche bisher als ziemlich selten angesehen wurden, sich bald rapide mehren werden und hofft sogar mit der Zeit so weit zu kommen, dass sich auf Grund der kystoskopischen Diagnose kleinere Geschwülste per vias naturales entfernen lassen werden. G.

C. Posner: Ueber Litholyse. (D. med. W. № 3.).

Emil Pfeiffer in Wiesbaden hat die harnsäurelösende Kraft verschiedener Brunnen in der Weise studirt, dass er mit dem nach Gebrauch solcher Brunnen gelassenen Harn Versuche anstellte, in wieweit derselbe chemisch reine Harnsäure zu lösen im Stande sei. Posner hat diese Versuche fortgesetzt und im Wesentlichen bestätigt. Von deutschen Mineralwässern löst *Karlsbad*-Urin viel Harnsäure, nach Aussetzen des Wassers tritt jedoch Retention derselben ein. *Wiesbaden* hat geringes Lösungsvermögen, dagegen eine rein alkalische Quelle, *Fachingen* das grösste: 0,05 Harnsäure in 100 Cc. Urin. Dagegen haben *Vals* und *Vichy* ein fast 10 Mal so grosses Lösungsvermögen. Natr. bicarbon. in Dosen von 4—5 Gramm pro die ergab ähnliche Resultate wie Fachingen, doch können die Alkalien nicht so lange gebraucht werden, wie die Brunnen.

Im allgemeinen räth Posner, sich nicht zu grosse Hoffnungen zu machen, und bei längerem Gebrauch nicht die sehr starken alkalischen Brunnen, — Vals und Vichy — in Anwendung zu ziehen, sondern schwächere wie Fachingen, weil bei ersteren der Harn schnell alkalisch wird, und dann die Alkali-Phosphat-Niederschläge auftreten, somit keinerlei praktische Vortheile zu erwarten wären.

Max Schmidt.

Karl Roser: Zur Nachbehandlung Tracheotomirter. (D. med. W. № 7).

Von 47 in den letzten 3½ Jahren in der Marburger Klinik wegen Diphtherie Tracheotomirten sind 53% geheilt worden; dieses Resultat soll wesentlich dem Gebrauch der Jodoformtamponcanüle zuzuschreiben sein. Die Canüle wird mit einem in Sublimatlösung angefeuchteten Bindchen aus gestärkter Gaze dicht und glatt bewickelt und dann, so lange die Binde feucht ist, mit gepulvertem Jodoform dicht bestreut. Der Ueberzug trocknet, quillt aber nach Einführung in die Luftröhre durch Imbibition auf, und bildet ein weiches antiseptisches Polster um die Röhre herum. Wenn solch eine Canüle zwei Tage gelegen hat, wird sie durch eine andere ersetzt. Bei keinem der Kinder kam es zu Decubitus, Knorpelnekrose oder Granulationswucherungen, drei Kinder trugen die Canüle wegen Schlucklähmung 4 Wochen lang. Wichtig ist sie auch zur Verhinderung von Schluckpneumonie.

Um die Trachea wegsam zu machen, braucht Verf. das von W. Roser angegebene gestielte Ringchen, das tief eingeführt wird, und die Membranen oder zähen Schleimmassen, a tergo dieselben anfassend heraus befördert.

Zum Schluss befürwortet Verf. die Tracheotomie bei Keuchhusten, wenn die Kinder durch die Husten-Paroxysmen in lebensgefährlicher Weise herunterkommen. Wenn der überreizten Schleimhaut des Kehlkopfs Ruhe geschafft wird, würde der Husten abnehmen, und zu krampfhaften Paroxysmen könnte es nicht kommen, da ja der Luftstrom durch die Canüle frei ein- und ausströmen könnte. Auch in solch einem Falle müsste man sich einer Tamponcanüle bedienen.

Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Pansch: Grundzüge der Anatomie des Menschen. Uebers. unter der Redaction und mit Zusätzen von Prof. A. J. Tarenezki. II. Lief. 1888. St. Petersb. K. Ricker.

In der Vorrede zu dieser 2. Lieferung spricht sich Prof. Tarenezki darüber aus, warum er gerade dieses kurze Lehrbuch der Anatomie und nicht irgend ein anderes, grösseres zur Uebersetzung ins Russische gewählt hatte. Er wollte seinen Zuhörern ein klar geschriebenes, kurz abgefasstes Handbuch geben, das sie bei den Präparirübungen und zum Wiederholen benutzen könnten und hat in der That eine gute Wahl getroffen. Seine Zusätze betreffen hauptsächlich die Beschreibung der Fascien und übersichtliche topographisch-anatomische Bemerkungen, welche im deutschen Originale ziemlich stiefmütterlich behandelt sind. Man kann Prof. T. dafür nicht dankbar genug sein, weil dadurch der Werth des Buches bedeutend erhöht wird. Ausserdem hat T. bei den einzelnen Organen deren Maasse und Gewicht angegeben, was wiederum von Pansch nicht gethan worden war. Ref. kann nach den vorliegenden beiden Lieferungen nicht umhin, das Werk warm zu empfehlen, obgleich auch hier die Abbildungen, wie in der ersten Lieferung nicht überall genügend künstlerisch ausgeführt sind. — Druck und Ausstattung sind, wie bei allen Ricker'schen Ausgaben, vorzüglich. Hz.

Sir Henry Thompson: Die Stricturen und Fisteln der Harnröhre. Deutsche autorisirte Ausgabe. Uebersetzt und mit Rücksicht auf die deutsche Literatur bearbeitet von Dr. L. Casper (Berlin). München 1888. Jos. Ant. Finsterlin. 8°. 306 pag.

Das vorliegende Werk ist die bedeutendste literärische Production seines berühmten Verfassers. Es kann mit Recht eine Lebensarbeit desselben genannt werden. Die erste Auflage wurde im Jahre 1852 von dem Royal College of Surgeons of England mit dem Jackson-Preise gekrönt und legte den Grund zu der vielleicht einzig dastehenden Ausbreitung der specialistischen Thätigkeit des Verfassers, welcher seinerseits nicht aufgehört hat, seine reichen Erfahrungen zu sammeln und in den späteren Auflagen eben dieses Werkes niederzulegen. Das Resultat ist zum Theil wahrhaft klassisch in Form und Inhalt und bietet dem Leser eine Fülle praktischer Belehrung, wie sie anderswo nicht häufig zu finden sein dürfte. Die deutsche Uebersetzung von L. Casper liest sich leicht und fliessend und hilft einem Mangel des englischen Originals durch ausführliche Berücksichtigung der deutschen Literatur in Anmerkungen des Uebersetzers ab. Papier und Druck, sowie überhaupt die Ausstattung sind gut. G.

Baaz (Graz): Die Cerebrospinal-Meningitis, deren Wesen und Behandlung. Berlin-Neuwied, Heusers Verlag. 1888.

Da in der letzten Zeit in Deutschland und Oesterreich hie und da Epidemien von Cerebrospinal-Meningitis wieder aufgetreten sind und die Besprechungen in Handbüchern meistens aus früherer Zeit stammen, so hat Verf. es unternommen den praktischen Aerzten eine bündige, klare und durch die neuesten Beobachtungen vervollständigte Darlegung dieser Infectionskrankheit zu liefern, was ihm vollständig gelungen ist. Kn.

Dr. Hermann Weise †

Dr. H. Weise wurde am 13. Februar 1841 in Estland geboren, absolvirte 1859 in St. Petersburg sein Abiturienten-Examen am III. Gymnasium, worauf er sich an der St. Petersb. Universität dem Studium der Naturwissenschaften widmete, jedoch bald in die med.-chirurgische Academie übertrat, die er 1866 als Arzt verliess. Er begann seine Laufbahn als Militärarzt am Hospital in Helsingfors, wurde jedoch bald darauf als Arzt eines Sappeur-Bataillons nach Friedrichstadt in Kurland versetzt. 1871 verliess W. den Militärdienst und wurde Landarzt im Nowgorodschen Gouvernement, wo er jedoch die Abgeschiedenheit von collegialen Kreisen so sehr empfand, dass er sich stets nach einer Thätigkeit in einer Stadt sehnte, bis er 1880 als Arzt des Nowotscherkaskschen Infanterie-Regimentes in St. Petersburg angestellt wurde und bald darauf die Stelle als Arzt der Nicolai-Ingenieur-Schule erhielt. Nachdem er nun wieder in der Residenz war, widmete er sich mit vielem Eifer dem Specialstudium der Ohren- und Kehlkopfleiden und hatte als Privat-Assistent Dr. Rühlmann's reiche Gelegenheit, sich in diesem Fache auszubilden. Der Erfolg blieb nicht aus; bald wurde W. ein geschätzter Specialist, welcher trotz seiner Bescheidenheit und seines anspruchslosen Wesens sich bald die volle Liebe und Anerkennung seiner Patienten erwarb. Auch in hohen Kreisen erwarb er sich manchen Gönner, so namentlich schätzte ihn der Grossfürst Nicolai Nicolajewitsch der Aeltere, den er wiederholt behandelte und im vergangenen Frühling einige Monate lang auf dessen Inspectionsreise im Süden Russlands begleiten musste. 1885 sah sich W., in Folge von neurasthenischen Erscheinungen, genöthigt eine Erholungsreise in's Ausland zu unternehmen und doch nützte er diese Zeit redlich aus, um in Wien bei Prof. Schrötter und in Belgien bei Delstanche zu arbeiten und erfrischt kehrte er an die ihm lieb gewordene Arbeit zurück. 1886 entschloss sich W. zu seiner ersten literärischen Mittheilung (Zur Casuistik der Larynxpolypen. «St. Ptbg. med. Woch. № 52), nachdem er einige Fälle von Larynxpolypen mit gutem Erfolge operirt hatte. Leider ist das auch seine letzte Arbeit gewesen. Im Herbst des vergangenen Jahres bildete sich, wie W. meinte in Folge einer Contusion, ein Abscess über dem unteren Sternalende. Obgleich er operirt wurde und Alles gut verheilte, sprach W. wiederholt den Verdacht aus, er fürchte für Tuberculose. Mitte Januar stellte sich eine ziemlich heftige Laryngitis ein, welche trotz bester Behandlung nicht weichen wollte und Ende März ergab die mikroskopische Sputum-Untersuchung Tuberkelbacillen. Da reiste W. in's Ausland, nach Soden, doch fand er leider dort dieselbe rauhe Witterung vor, wie in unserer Heimath und nur gar zu bald erlag er dem tückischen Leiden, am 11. April. Bei allen Collegen und Patienten, die ihn kennen gelernt und ihm näher zu treten Gelegenheit hatten, wird Weise stets in gutem Angedenken bleiben; er war Einer von den wenigen Menschen, die keine Feinde besassen! Damit ist Alles gesagt. Friede seiner Asche! P.

Leibarzt Prof. emer. Dr. N. F. Zdekauer

feiert am 7./19. Mai sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Ist eine derartige goldene Hochzeit mit der Wissenschaft überhaupt ein Ereigniss, so ist sie im vorliegenden Falle von noch grösserer Bedeutung, weil der Jubilar im Vollbesitze seiner körperlichen und geistigen Kräfte rüstig mit seiner geistigen Gattin weiter lebt und wirkt. Die nachfolgenden Zeilen sollen ihm einen kleinen Beweis der allgemeinen Verehrung liefern.

Ich bin in der glücklichen Lage, nachstehende Thatsachen an der Hand von Daten mittheilen zu können, welche aus der allerbesten Quelle, von dem Jubilare selbst, herstammen, der sie mir auf's Freundlichste zur Verfügung gestellt hat; der glänzende äussere Lebensgang ist nach der Dienstliste zusammengestellt worden.

Nikolai Zdekauer ist am 17. März 1815 in Sweaborg, wo sein aus Prag gebürtiger Vater Oberarzt des dortigen Seehospitals war, geboren und römisch-katholisch getauft worden. Anfangs im elterlichen Hause erzogen, trat er 1825 in die vortreffliche Muralt-sche Anstalt ein, welche ausser ihm noch viele andere hervorragende Männer ausgebildet hat, und verweilte in ihr bis 1830. 1831 bezog er die hiesige Universität, um an der physiko-mathematischen Facultät zu studiren, ging aber bereits 1833 in die Kaiserliche medico-chirurgische Academie über, welche er, nach vollendeten Studien als Arzt ersten Grades eximia cum laude am 7. Mai 1838 verliess. Ich möchte hier einschalten, dass eben diese den medicinischen Studien vorangegangene Beschäftigung mit Naturwissenschaften die Grundlage zu der späteren, uns älteren Aerzten so wohl bekannten, scharfen und klaren Auffassung der Krankheitsprocesse und einer scharf individualisirenden Therapie Zdekauer's bildete; der kranke Gesammtmensch wurde von ihm nie, wie es jetzt wohl nicht selten geschieht, vor lauter haarscharf bestimmten Einzelsymptomen übersehen oder wenigstens vernachlässigt. Hervorheben möchte ich folgenden Satz aus dem eigenhändigen Schreiben Zd.'s an mich, wo er von seinen Studienjahren spricht: «Unter allen Professoren der damaligen Zeit verdanke ich am meisten Professor C. Seidlitz, als dessen Schüler ich mich betrachte».

Nach einer 1½-jähr. Studienreise in Deutschland und Oesterreich, während welcher er in Berlin hauptsächlich Joh. Müller, Romberg, Barez, Busch, Jüngken, Rust, in Wien Skoda und Rokitansky frequentirte, wurde er im November 1839 am Militär-Landhospital angestellt; zu gleicher Zeit war er anfangs als Assistent, später (1842) als Adjunct an der von Prof. Seidlitz geleiteten therapeutischen Klinik thätig. Seine erste Vorlesung hielt Zdekauer am 25. August 1839 über die pathologische Anatomie des Abdominaltyphus mit Demonstrationen und wurde am 2. November desselben Jahres als Ordinator am Kriegshospital zu Krasnoje-Sselo mit Zuzählung zum 2. Landhospital angestellt. Intercurrent war er unbesoldeter Assistent bei dem Leibarzte Dr. Mandl und hielt vom 1. November 1839 bis zum 15. Mai 1840 Gratisvorlesungen den Studenten des IV. Cursus über pathologische Anatomie. 1842 wurde er Ordinator am 2. (klinischen) Landhospital und promovirte, nach Vertheidigung seiner Dissertation «De scrophulosi» am 2. Mai 1842 zum Dr. med. In demselben Jahre hielt er den Studenten des III. Cursus Vorlesungen über Percussion, Auscultation und allgemeine Therapie. 1843 wurde dem jungen Doctor die hohe Ehre zu Theil Ihre Kaiserliche Hoheit die Frau Grossfürstin Helene Pawlowna auf ihrer Reise in's Ausland zu begleiten, wofür er die erste

Allerhöchste Belohnung erhielt, welcher so viele andere folgen sollten. Im nächsten Jahre wurde er durch die Erwählung zum Mitgliede der Niederrheinischen physiko-medicinischen Gesellschaft ausgezeichnet. 1846 leitete er stellvertretend die propädeutische Klinik, welcher er von 1849—1860 selbständig vorstand; 1860 übernahm er zuerst die Hospitals- und dann die therapeutische Klinik, an welcher er bis zu seiner, am 28. October 1863 auf eigenes Gesuch erfolgten Verabschiedung wirkte.

Hiermit schliesst Zdekauer's academische Thätigkeit, welche ihn aber nicht von der Wirksamkeit auf anderen Gebieten abhielt. So wurde er 1855 in eine Commission gewählt, welche die Unterstellung der neu zu gründenden ersten Ambulanz für Unbemittelte unter das Protectorat Ihrer Kaiserlichen Hoheit der Frau Grossfürstin Helene Pawlowna, der unter den Petersburger Armen Jahrzehnte lang so populären «Максимиліановская лечебница», ausarbeiten sollte; am 10. Januar 1859 wurde er zum (2.) Präsidenten des Consultantenconseils dieser Anstalt gewählt. 1857 trat er als Mitglied in die höchste Medicinalbehörde des Reiches, den Medicinalrath ein, dessen Präsident er seit 1884 ist. 1863 wurde Zdekauer Mitglied des Conseils der Kaiserlichen philanthropischen Gesellschaft, 1869 wurde er Mitglied des Militärmedicinalcomités, 1877 gründete er die russische Gesellschaft zur Wahrung des Volkswohls, deren Vorsitzender er bis heute ist. Ausser dieser beständigen Beschäftigung nahm Zdekauer noch an verschiedenen Commissionen regen Antheil, so 1862 an einer solchen, welche einige Fragen in Betreff der Brustkinderabtheilung des hiesigen Findelhauses berathen sollte, 1864 an einer anderen, welche die Frage der pneumatischen Heizung und Ventilation unter dem Vorsitze des Generaladjutanten Todtleben besprechen sollte. 1865 besichtigte Zdekauer im Auftrage des Ministers der Volksaufklärung die medicinischen Anstalten der Moskauer Universität, im Auftrage der Kaiserlichen philanthropischen Gesellschaft die derselben unterstellten Institutionen in Moskau. 1865 wurde er ausserdem Mitglied des Choleracomités, 1866 wurde ihm die Aufsicht über die Impfung im Kreise von Zarskoje-Sselo [1]) übertragen und er als Mitglied in die, behufs Durchsicht des Statuts der medico-chirurgischen Academie und des zweiten Landhospitals eingesetzte Commission gewählt; 1867 wurde er Mitglied der Gesellschaft zur Fürsorge für kranke und verwundete Soldaten, 1877 Vicepräsident des Organisationscomités für den internationalen hygienischen Congress in Brüssel.

Selbstverständlich fehlten denn auch einer so hervorragenden Persönlichkeit die Ehrenbezeugungen nicht, an erster Stelle von Ihren Majestäten, den Kaisern Nikolai I. und Alexander II. 1861 wurde Zdekauer consultirender Ehrenleibmedicus des Allerhöchsten Hofes, 1865 Leibarzt I. K. H. der Grossfürsten Alexander, Wladimir und Alexei, einige Monate später consultirender Leibmedicus Seiner Majestät des Kaisers Alexander II. Zwei Mal begleite er S. K. H. den Grossfürsten Alexei auf Reisen (1867 in's Ausland, 1870 nach Omsk).

So steht denn Zdekauer vor seinem 50-jährigen Doctorjubiläum nach Durchschreitung der ganzen hierarchischen Dienstleiter als wirklicher Geheimrath und Ritter des St. Alexander-Newski-Ordens mit Brillanten als ein Beweis da, dass auch auf Erden schon das Verdienst belohnt wird; in den Herzen aber aller seiner Collegen und Clienten hat er sich ein Denkmal aere perennius errichtet durch seine ehrenhafte Gesinnung, seine Wahrheitsliebe und seine wissenschaftliche Tüchtigkeit. Möge es ihm noch lange vergönnt sein, in regem fruchtbaren Verkehr mit seinen Freunden zu leben!

Zum Schlusse möge ein kurzes Verzeichniss seiner gedruckten Arbeiten und der Vereine, denen er als Mitglied angehört, folgen.

Druckschriften.

1842. Dissertation «De scrophulosi».
1846. Diagnostik der Herzkrankheiten (russisch), in den Memoiren der medico-chirurgischen Academie.
1847. Zwei klinische Berichte 1844/45 und 1846/47. (Russisch). [Ibidem].
1857. Bericht über Ventilation und Heizung der Hospitäler und über Drainage. (Russisch).
1860. Kritische Bemerkungen über die neu projectirte Organisation der Militärhospitäler. (Russisch).
1860. Beobachtung der Einwirkung der Hypophosphite Churchill's auf den tuberculösen Process. (Russisch).
1861. Zur Therapie der Lungenblutung. (Wiener med. Presse. №№ 30 und 31).
1862. Beiträge zur Toxikologie und Pharmakodynamik des Jodkaliums von den DDr. Arneth, E. Pelikan und N. Zdekauer. (Deutsch).
1867. Bericht über die im Zarskoje-Sseloschen Kreise herrschende Pockenepidemie. (Russisch).
1867. Conspect von Vorträgen für Offiziere aus der Kriegshygiene im Auftrage des Kriegsministeriums. (Russisch).
1869. Galvanoplastische Behandlung der Aortenaneurysmen. (St. Petersb. med. Zeitschr. XVI, Heft 1).
1876. Mémoire sur les mésures préventives à prendre à l'approche du choléra etc. 1 Tome du Congrès international d'Hygiène et de Sauvetage. Bruxelles 1877, pag. 446 seq.).
1877. Ueber Fischgift. (Russisch).
1882 oder 1883. Sibirische Flussreise von Tjumen nach Tomsk.

Vereine und Gesellschaften.

1844. Niederrheinische physiko-medicinische Gesellschaft.
1863. Ehrenmitglied der Moskauer Gesellschaft der Aerzte und Naturforscher. (Bulletin der Moskauer naturforschenden Gesellsch.).
1864. Ehrenmitglied der medico-chirurgischen Academie.
Mitglied der Wilnaschen ärztlichen Gesellschaft.
1869. Ehrenmitglied des Militär-Medicinal-Comités.
1877. Russische Gesellschaft zur Wahrung des Volkswohls.
1886. Ehrenmitglied der Kasanschen Universität.
Ehrenmitglied der Academie der Wissenschaften.
Ehrenmitglied der Societé française d'hygiène à Paris.

Ausländische Orden.

Griechischer Erlöserorden II. Classe mit Stern.
Montenegriner Orden Danilo erster Classe.
Serbischer Takowa-Orden II. Classe mit Stern. Hz.

[1]) Auf eine von Zd. verfasste Brochüre: „О проэктѣ водопроводовъ въ Царскомъ Селѣ" hin ist die neue Wasserleitung in dieser Stadt angelegt worden.

Vermischtes.

— Der Professor der Physik an der Universität Dorpat, Wirkl. Staatsrath Dr. Arthur v. Oettingen, welcher am 25. Juni d. J. seine 25-jährige Dienstzeit im Lehrfach vollendet haben wird, ist, wie die «N. Dörpt. Ztg.» erfährt, vom Conseil der Universität auf weitere 5 Jahre wiedergewählt worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der operativen Chirurgie an der militär-medicinischen Academie ist der Privatdocent Dr. E. Pawlow, welcher bekanntlich auch als Oberarzt an der kleinen chirurgischen Heilanstalt der Alexandergemeinschaft barmherziger Schwestern des Rothen Kreuzes fungirt, gewählt worden. Sein Concurrent, der Privatdocent Dr. W. Ratimow, erhielt bei der Wahl nur eine Stimme weniger.

— *Ernannt*: Der Dirigirende des Hof-Medicinalwesens, beständiges Mitglied des gelehrten Militär-Medicinal-Comités, Leibchirurg, Geheimrath Dr. Obermüller — zum Medicinal-Inspector des Hof-Ministeriums mit Belassung in allen seinen bisherigen Aemtern und Würden.

— *Ordensverleihungen*: Der *Alexander-Newski-Orden* — dem Leibmedicus, Geheimrath Prof. Botkin. — Der *Stanislaus-Orden I. Classe* — dem Arzt der Kanzlei des Vormundschaft-Conseils, Wirkl. Staatsrath Kaiser. — Der *St. Wladimir-Orden III. Cl.* — dem ordentl. Prof. der Hygiene an der St. Wladimir-Universität, Wirkl. Staatsrath Subbotin, — dem Arzt beim Apanagen-Departement, Staatsrath Dr. Sserdetschni und dem früheren Landschaftsarzt im Rjasanschen Gouv., Dr. Düwing. — Der *St. Annen-Orden II. Cl.* — dem Oberarzt des städt. Hospitals in Gatschino, Wirkl. Staatsrath Nensberg. — Der *St. Wladimir-Orden IV. Cl.* — dem Hofrath Dr. Al. Bunge, welcher auf einer Expedition nach Nord-Sibirien als Arzt und Naturforscher fungirte, in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen.

— *Befördert*: zu *Wirklichen Staatsräthen*: Der Vicedirector des Medicinal-Departements Dr. Jerussalimski, — der ältere Arzt des Kinder-Hospitals des Prinzen Peter von Oldenburg, Meyer, — der Consultant am Hospital der heiligen Olga in St. Petersburg, Kobylin, — der ältere Ordinator am klinischen Elisabeth-Kinder-Hospital, Dr. Arnheim und der etatm. Consultant am Krankenhause des Fürsten W. A. Dolgorukow in Moskau, Ssolomka.

— Es wird den zahlreichen Freunden und Patienten unseres geehrten Mitarbeiters, des Prof. Dr. Heinrich Kisch, von Interesse sein zu erfahren, das derselbe am 6. Mai a. c. sein 25-jähriges Jubiläum als Marienbader Brunnenarzt begeht. Unseren Lesern ist er durch manche Arbeit in dieser Wochenschrift bekannt. Möchte es unserem geschätzten Collegen vergönnt sein, seine erfolgreiche Thätigkeit noch lange fortsetzen zu können!

— Am 2. Mai d. J. begeht die *Gesellschaft der Aerzte in Orel* das *25jährige Jubiläum* ihres Bestehens.

— An Stelle der eingegangenen „*Archives slaves de biologie*" beabsichtigt der frühere Redacteur derselben, Dr. M. Mendelsohn, hier in St. Petersburg eine neue Zeitschrift unter dem Titel „*Revue slave des sciences médicales*" in der Art der deutschen Centralblätter herauszugeben. Dieselbe soll 1—2 mal im Monat erscheinen und Referate über alle Arbeiten slavischer Aerzte, welche die wissenschaftlich klinische Medicin betreffen, bringen. (Wr.).

— Die Odessaer Duma hat folgende *Ausgabeposten zu sanitären Zwecken* für das laufende Jahr sanctionirt: Für die sanitäre Beaufsichtigung der Stadt 6800 Rbl., für das medicinische Personal in den vorstädtischen Ansiedelungen 4950 Rbl., für das Vergraben der Unreinigkeiten und Abfälle 600 Rbl., für die Vernichtung vagabundirender Hunde 1350 Rbl., zu Desinfectionszwecken 300 Rbl., für das Fortschaffen von Thieren, welche an Infectionskrankheiten gefallen, 500 Rbl., für die bacteriologische Station 8220 Rbl., für die Desinfectionskammer 2904 Rbl. und zur Unterhaltung des städtischen Hospitals 309,084 Rbl. 84 Kop., im Ganzen somit die Summe von 334,708 Rbl. 84 Kop. Bei der Berathung des Ausgabepostens für das Hospital entstand eine heftige Debatte über die Zulässigkeit der Vereinigung der Aemter des Oberarztes und des Prosectors in der Person des Dr. Stroganow. Die Entscheidung der Frage gelangte schliesslich zum Ballotement und wurde die Vereinigung dieser Aemter in einer Person mit 22 gegen 12 Stimmen für zulässig erachtet. (Nachrichten d. Odess. Stadtverwalt. — Wr.).

— *Verstorben*: 1) Am 11. April zu Bad Soden der Arzt an der Nikolai-Ingenieurschule in St. Petersburg, Staatsrath Dr. Hermann Weise, nach längerer Krankheit. 2) In Kasan am 12. April der frühere Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. F. Jelatschitsch, in hohem Alter. Der Verstorbene war seiner Zeit ein gesuchter Chirurg. 3) In Ufa am 23. März der Oberarzt am dortigen Gouvernements-Landschaftshospital, Dr. M. Borezki, im 58. Lebensjahre. 4) Am 31. März der Divisionsarzt der I. Grenadierdivision, Staatsrath Dr. Al. Antuschewitsch, an der Lungenentzündung. 5) In Prag der Docent an der dortigen Universität und Primärarzt am Spitale der barmherzigen Brüder, Dr. Herm. Haas, im 42. Lebensjahre am Flecktyphus. An dem Verstorbenen verliert Prag einen der beliebtesten und gesuchtesten Aerzte und die dortige Universität einen tüchtigen Docenten und gründlichen Forscher.

— Die *St. Petersburger städtische Hospital-Commission hat einen Concurs zur Bewerbung um das Amt eines älteren Ordinators am städtischen Hospital des heiligen Nikolaus des Wunderthäters für Geisteskranke* ausgeschrieben. Die auf dieses Amt reflectirenden Aerzte haben den Nachweis beizubringen, dass sie mindestens 3 Jahre in einer Specialanstalt für Geisteskranke sich beschäftigt und eine mindestens 5-jährige allgemein-medicinische Praxis aufzuweisen haben. Die Concurrenten müssen sowohl theoretisch, als auch praktisch mit der Psychiatrie vertraut sein, was sie in einer Sitzung der von der Hospital-Commission ernannten Concurs-Commission durch Demonstration an 2 Geisteskranken zu documentiren haben, von denen der eine von ihnen selbst ausgewählt werden kann (wozu ihnen eine einwöchentliche Frist gegeben wird), der andere aber von der Commission bestimmt wird. In letzterem Falle muss die Demonstration 2 Stunden nach Vorführung des Kranken erfolgen. Die sich um das Amt Bewerbenden haben das Doctor-Diplom oder wenigstens den Nachweis darüber beizubringen, dass sie das Doctor-Examen bestanden haben, — und gleichzeitig auch ihre im Druck erschienenen wissenschaftlichen Arbeiten vorzustellen. Manuscripte können unter der Bedingung vorgestellt werden, dass sie für den Fall der Wahl des Verfassers auf Kosten desselben gedruckt werden. Personen, die nicht den Grad eines Doctors der Medicin besitzen, können nur auf 2 Jahre zur Ausübung der Functionen eines älteren Ordinators am Hospital des heil. Nikolaus des Wunderthäters zugelassen werden. Diejenigen, welche sich an dem Concurse betheiligen wollen, haben *bis zum 15. Mai 1888* ihre Gesuche um Zulassung zum Concurse unter Beifügung der Documente und wissenschaftlichen Arbeiten an die städtische Hospital-Commission (im Gebäude der St. Petersburger Duma) und zwar auf den Namen des Vorsitzenden derselben Wladimir Alexandrowitsch Ratkow-Roshnow einzureichen. — Die Gage des älteren Ordinators beträgt 1000 Rbl. bei freier Wohnung im Gebäude des Hospitals.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 17. April d. J, 6456 (158 weniger als in der Vorwoche), darunter 544 Typhus- (11 mehr), 643 Syphilis- (77 weniger), 36 Scharlach- (3 weniger), 18 Diphtherie- (3 weniger) und 8 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 24. April d. J. 6051 (405 weniger als in der Vorwoche), darunter 525 Typhus- (19 weniger), 595 Syphilis- (48 weniger), 33 Scharlach- (3 weniger), 15 Diphtherie- (3 weniger als in der Vorwoche) und 8 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— In Wien kam zu Ende 1886 im Durchschnitt ein Arzt auf 600 Einwohner, doch schwankte dieses Verhältniss nach den einzelnen Bezirken der Stadt von 1:200 bis 1:6000 Einwohnern. Die Zahl der Doctoren der Medicin ist im letzten Quinquennium um 80 gestiegen, während die Wundärzte und Hebammen an Zahl eingebüsst haben.

— Nach dem Rechenschaftsbericht des mit 2000 Betten ausgestatteten *Allgemeinen Krankenhauses in Wien pro 1886* betrug die Anzahl der daselbst behandelten Kranken 27,113, die Zahl der Verpflegungstage 652,459, die durchschnittliche Verpflegungsdauer eines Kranken 24,06 Tage. Jeder Verpflegungstag kostete 1 Gulden 17,70 Kreuzer, jeder Patient 28 Gulden 32,45 Kreuzer. Die Sterblichkeit betrug 11,8% des Abganges ohne Geschlechtsunterschied, nach Ausschluss der Tuberculose aber nur 7,8%. Das Maximum des Krankenbestandes entfiel auf den Monat März bei den Männern, auf den Februar bei den Frauen; das Minimum auf den August bei den Männern, auf den Juli bei den Frauen. Das Heilungsprocent im Ganzen, berechnet nach den Procenten des Abganges, schwankte zwischen 53,3 und 59,4 ohne Geschlechtsunterschied in den einzelnen Monaten; nach Ausschluss der Tuberculose schwankte es zwischen 58,7 und 64,6. (Wiener med. Wochenschr.).

— Der *medicinischen Facultät der Berliner Universität* ist ein grossartiges *Vermächtniss* zu Theil geworden, dessen Zinsen zur Förderung medicinischer Studien, insbesondere auch durch Reisestipendien im In- und Auslande bestimmt sind. Der Betrag dieses Vermächtnisses beläuft sich auf ca. 800,000 Mark. Die Erträge dieser Summe sollen folgende Verwendung finden: zu Stipendien zur Unterstützung bedürftiger Studirender der Medicin; zu Stipendien für Aerzte oder Docenten der medicinischen Wissenschaften als Unterstützung zu wissenschaftlichen Reisen im In- oder Auslande; zu Stipendien für Aerzte oder Docenten der medicinischen Wissenschaften als Unterstützung zur Förderung der medicinischen Arbeiten und zu Stipendien resp. Unterstützungen zu allen sonstigen Zwecken, welche die Förderung der medicinischen Studien im Auge haben. Das Jahresstipendium für Studirende beträgt 600 Mark, das Reisestipendium 1500 Mark für das halbe Jahr, wobei eine Bewilligung höherer Beträge seitens der Facultät, wie auch eine Wiederverleihung nach Ablauf des halben Jahres zulässig ist. Zur Bewerbung um die Reisestipendien sind berechtigt: praktische Aerzte, welche bei der medicinischen Facultät der Universität Berlin provomirt worden sind, Assistenten, welche bei einem medic. Institut der Univers. Berlin angestellt sind und alle Docenten (ordentl. und ausserordentl. Professoren, Privatdocenten) der medic. Facultät der Universität Berlin. — Die hochherzige Spenderin dieses Stiftungsvermögens ist die am 3. October 1883 zu Baden-Baden verstorbene, in Frankfurt a/M. wohnhaft gewesene *Gräfin Louise Bose*, geb. *Gräfin von Reichenbach-Lessonitz*. Die Ertheilung der Stipendien ist einem Curatorium, bestehend aus dem Decan der med. Facultät und zwei Professoren übertragen. (Allg. med. Central-Ztg.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 17. bis 23. April 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
409	342	751	151	83	146	13	13	20	72	53	56	54	42	31	17	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 41, Scharlach 6, Diphtherie 13, Croup 5, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 38, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 112, Tuberculose anderer Organe 7, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 86, Todtgeborene 21.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 912	8.—14. April	2851	34,8	—	1692	20,6
Paris	2 260 945	8.—14. April	1198	27,5	85	1182	25,1
Brüssel	181 270	1.—7. April	115	33,0	4	88	25,3
Stockholm	221 549	1.—7. April	165	38,2	9	85	19,9
Kopenhagen	300 000	11.—17. April	196	33,9	6	158	27,3
Berlin	1 414 980	8.—14. April	814	29,9	40	510	18,7
Wien	800 836	8.—14. April	524	34,0	28	459	29,8
Pest	442 787	1.—7. April	353	41,4	21	273	32,1
Warschau	439 174	1.—7. April	792(?)	93,8	15	240	28,6
Odessa	280 000	8.—14. April	—	—	8	125	24,3
St. Petersburg	**861 303**	**15.—21. April**	**554**	**33,5**	**24**	**763**	**46,1**

☞ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 10. Mai 1888.** Tagesordnung. Dr. Werner: Ueber Neurasthenie.

☞ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 2. Mai.**

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 19. St. Petersburg, 7. (19) Mai 1888.

Ueber das Vorkommen der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum in St. Petersburg.

Von

Dr. A. J. Skrebitzky.

(Schluss).

Ich entlehne zur Vervollständigung der eben besprochenen Frage dem *Berichte des Ambulatoriums der St. Petersburger Augenheilanstalt* von Th. German[8]) einige Daten über die O. n., aber leider nur für die beiden Jahre 1883 und 1884, da der Bericht nur die genannte Periode umfasst.

Unter den 32,342 Kranken der Ambulanz befanden sich nur 201 Neugeborene mit O. n. German hält diese anscheinend geringe Zahl für eine recht bedeutende, weil die Eltern ihre Kinder meistentheils erst dann in die Anstalt bringen, wenn die Gefahr einer Erblindung imminent ist. Es kommt nach diesem Berichte 1 Fall von O. n. auf 162 Augenkranke; das Material stammt aus dem Findelhause, den Gebärasylen, den Kinderhospitälern, den allgemeinen und privaten Ambulatorien, den Wohnungen der Hebammen und der Privatpraxis einzelner Aerzte. German bemerkt dazu, dass Erkrankungen an O. n. in den ersten 10 Krankheitstagen selten in die Ambulanz gebracht werden, gewöhnlich erst im Beginne der 4 Woche, meistentheils aus Unkenntniss der Gefährlichkeit dieser Affection, Gleichgültigkeit und wegen Einmischung von Curpfuscherinnen, welche die Eiterabsonderung für unschädlich halten; erst das Auftreten eines Hornhautfleckes bewegt die Mutter in der Anstalt Hülfe zu suchen. Aber auch die Behandlung in dieser letzteren ist in ihren Erfolgen mehr als zweifelhaft, da beim Mangel einer Kinderabtheilung eine stationäre Behandlung in der Anstalt unmöglich ist, während eine tägliche ambulatorische in Folge des entfernten Wohnorts und der häuslichen Beschäftigungen der betreffenden Mutter unmöglich ist. Ist die Eiterabsonderung vorbei, so hält die Mutter trotz der fortdauernden Erkrankung der Hornhaut es nicht mehr für nöthig, mit dem kranken Kinde wieder zu erscheinen, sie hat dazu weder Zeit noch Geduld übrig; eine das Sehvermögen rettende Iridectomie kann wegen des schon erwähnten Mangels an beständigen Kinderbetten, häufiger aber noch wegen Verweigerung der Operation von Seiten der Eltern, nicht ausgeführt werden. — Wir sehen hier dasselbe Endresultat, wie bei den spät in das Findelhaus gebrachten Erkrankungen — die verschiedenen Formen der Keratitis. Solcher Läsionen gab es in den 201 Fällen aus der Ambulanz: Infiltrate in Limbo corneae 20, Ulcera corneae 44, Ulcera corneae perforata 29 mit 13 Irisvorfällen, Hornhautabscess mit Hypopium 9 und konnten von diesen 102 Schwererkrankten nur 4 in das Hospital aufgenommen werden. German führt, ohne genauere Zahlenangaben an, dass die Behandlungsresultate der Hornhautaffectionen wegen der oben erwähnten Gründe sehr traurige seien, wie es auch anders nicht zu erwarten wäre, und dass er bei seinen Berechnungen versäumt habe zu ermitteln, wie das Verhältniss der Affectionen auf einer oder auf beiden Hornhäuten zu einander in seinen Fällen sich verhält. Er hält die von ihm angeführten Zahlen *für zu niedrig*, weil Infiltrate und Geschwüre der Cornea wahrscheinlicherweise in den Krankenbogen nicht immer verzeichnet worden sind.

Wie selten Eltern sich wegen nach O. n. hinterbliebenen Hornhauttrübungen der Kunsthülfe bedienen, leuchtet daraus hervor, dass in den zwei Berichtsjahren die Iridectomie nur an 2 solchen Kranken ausgeführt worden ist. Desto häufiger treten aber ältere Individuen in der Ambulanz auf, welche geradeheraus erklären, dass ihre Maculae corneae, verschiedenartigen Leucome und Staphylome die Folge von in ihren ersten Lebenswochen überstandener O. n. seien. Solcher Kranken gab es in den beiden Berichtsjahren 125, in Folge derselben Erkrankung völlig Blinde 130 (mit Leucoma corneae totale 47, mit Staphyloma corneae totale 21, mit Phthisis bulbi 62). Die meisten dieser 130 Blinden hatten nur ein Auge verloren und meint German, dass die angeführten Zahlen durchaus nicht die durch die O. n. bedingten Verwüstungen in ihrem ganzen Umfange illustriren; er berichtet nur über die von ihm gefundenen Thatsachen. Vergleicht man aber einige Folgeerscheinungen der O. n. mit den Zahlen derselben pathologisch-anatomi-

[8]) Mittheilungen der St. Petersburger Augenheilanstalt. I. Lieferung 1887. S. 3—5 und 24—28. (Russisch).

schen Zustände[9]) in dem Berichte (1686 Maculae corneae, 274 Leucoma corneae non adhaerens, 527 Leucoma corneae adhaerens partiale, 111 Leucoma corneae totale, 75 Staphyloma corneae partiale, 65 Staphyloma totale), so kommt German unwillkürlich zu der Ueberzeugung, dass die eben angeführten Zahlen der Ausgänge der O. n. *wenigstens um hunderte grösser angenommen werden müssen*......

Wir sehen, dass auch der Bericht der Augenheilanstalt auf die schrecklichen, durch die O. n. gesetzten Zerstörungen hinweist, welche hauptsächlich die arme Bevölkerung heimsucht. Ferner erhellt aus den oben von mir angeführten Quellen, dass sie einander nicht widersprechen, sondern geradezu unterstützen.

Da nun die O. n. bei jeder Geburt im ganzen Reiche[10]) vorkommen kann, so wird es Niemandem einfallen die Möglichkeit zu leugnen, dass in ganz Russland, in grösserem oder geringerem Grade, dieselben Erscheinungen sich zeigen können, wie sie in der Residenzbevölkerung sich darstellen, das Schweigen der Berichte über dieselben beweist ja noch nicht ihr Nichtvorhandensein. Selbst die Blennorrhoischen der Residenz treten erst jetzt, ungeachtet einiger in Specialsammlungen vorhandener Mittheilungen und auch nicht in ihrem vollen Umfange, an's Tageslicht. Kann man denn von unseren gegenwärtigen Priesterinnen der Lucina, den Dorfhebammen oder den alten Bauerweibern Nachrichten über den Verlauf der O. n. erwarten? Hierin liegt der wahre Grund für das Stillschweigen der Berichte des Medicinaldepartements......

Sogar den vielbeschäftigten Aerzten auf dem Lande kommen Fälle von O. n. nicht häufig vor, und berichten einige derselben geradezu, dass diese Erkrankung in ihrer Gegend schwach vertreten sei. Diese irrige Ansicht findet in dem Umstande ihre Erklärung, dass der erkrankte Neugeborne wegen der grossen Entfernungen nicht rechtzeitig mit ausgesprochenen Symptomen des Uebels den Aerzten vorgestellt wird. Die Mütter halten dasselbe, trotz der trüben, an den Nachbarkindern, gemachten Erfahrungen, in Folge eingewurzelter Vorurtheile für ungefährlich, die Dorfmatronen meinen, dass hierbei die Augen der Neugebornen «blühen» und cultiviren mit ihren Hausmitteln diese «Blüthen» solange, bis sie die bekannten Früchte tragen. Wir müssen desshalb das Vorkommen der O. n. nicht nach der Zahl der Kranken in der Blütheperiode, sondern nach ihren Ausgängen abschätzen, welche in den Berichten der russischen Ambulatorien so stark vertreten sind; nur diese geben uns den richtigen Maassstab für die Häufigkeit des Uebels.

Berücksichtigt man dieses, so kann man sich eine Vorstellung machen, welche Zahlen man an Stelle der vom Medicinaldepartement (cf. S. 156, Anm. 2. dieses Artikels) gelieferten setzen müsste und welche Folgeerscheinungen man bei den folgenden Untersuchungen der Augen finden würde, wenn diese ohne rechtzeitige ärztliche Hülfe erkranken. Eine solche Untersuchung wird aber, 20 Jahre nach der Geburt, von den Recrutirungscommissionen angestellt, wenn sich zu dieser einen, schon an und für sich bedeutenden Ursache, noch viele anderweitige hinzugesellt haben. Indessen fallen solche Einzelndaten nicht auf, wohl aber wird das Erstaunen der nichts Ahnenden und nichts Vermuthenden bis zur völligen Negation der Thatsachen gesteigert, wenn die Summen aus den einzelnen Daten gezogen werden, wie ich es auf dem ersten Congresse russischer Aerzte versucht habe[11]).

Obgleich der innere Zusammenhang der O. n. mit Genitalerkrankungen der Mutter[12]) schon seit längerer Zeit die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gelenkt hatte, wurden doch direct gegen diese Ursprungsquelle gerichtete Maassregeln erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit (Bischoff, 1875) ergriffen.

Es liegt eigentlich am nächsten anzunehmen, dass diese Angelegenheit von den Augenärzten, denen ja das ergriffene Organ unter specielle Obhut gegeben, besorgt werden müsste. Dass dieses nicht der Fall gewesen ist, liegt wohl hauptsächlich in dem Umstande, dass das Material vorwiegend in die Hände der Geburtshelfer kommt, noch häufiger aber in die der *Hebammen*, weshalb wir auch den Accoucheuren für das Zusammentragen eines reichen klinischen Materials und den Hinweis auf prophylaktische Maassregeln gegen dieses Uebel äusserst verpflichtet sind, welche bei genauer Anwendung die Erkrankungen an O. n. auf ein bisher unbekanntes Minimum reduciren.

Mit diesem klinischen Erfolge fällt zeitlich die Entdeckung Neisser's auf wissenschaftlichem Gebiete zusammen, welcher bei der Untersuchung des Trippersecrets nach Koch's Methode in ihm Mikrokokken fand, die sich auf eine eigenthümliche Weise gegen Färbemittel verhalten und selten einzeln, gewöhnlich paarweise und dann in Bisquitform auftreten. Diese Bildungen werden nur im Trippersecrete angetroffen und sind sowohl in der Blennorrhoe der weiblichen Genitalien, als auch im Eiter der O. n. vorhanden. Diese von Neisser Diplokokken benannten Gebilde finden sich in keiner anderen Absonderung und stellen ausserdem die einzigen, im Trippersecrete vorkommenden Bacterien dar.

Dieser Diplokokkus ist nun den neuesten Ansichten nach der Träger, oder besser gesagt der Repräsentant der Infection selbst, doch schien er, dieser specielle Feind des Auges, weil noch nicht genau genug bekannt, bis hierzu noch unverwundbar zu sein. Ich will mich nicht bei der Geschichte des fruchtlosen Kampfes mit ihm aufhalten und nur, dem mir vorgesteckten Ziele entsprechend, erwähnen, dass die heutige Prophylaxis sich auf tadellose Reinhaltung der Geschlechtstheile bei der Gebärenden und Verhütung einer Infection der Augen des Neugeborenen durch die krankhaften Secrete bezieht. Natürlicherweise wurden die ersten Schritte in dieser Richtung im Sinne der Entfernung einer dann unbekannten Schädlichkeit gemacht und der Fluor albus der Mutter während der Schwangerschaft, besonders aber während der Geburt bekämpft. Dieses gelang nun nicht jedes Mal, obgleich die Infection der Kinder seltener wurde und da richtete man die Aufmerksamkeit auf den Schutz der Augen des Kindes vor der Infection durch die Mutter und die Verhütung einer Uebertragung der Ansteckung durch die Umgebung und die Gebrauchsgegenstände der Gebärenden. Auch dieses Verfahren hatte Misserfolge aufzuweisen und fing man deshalb an, von der Voraussetzung ausgehend, dass jedes neugeborene Kind während des Durch-

---

[9]) Nach den Zahlen der Berichtsjahre stellen diese Folgezustände ungefähr 8,5% aller Kranken der Augenheilanstalt dar.

[10]) Aus den Daten der 15-jährigen Periode von 1867 bis 1881 ergiebt sich, dass in ganz Russland alljährlich im Mittel 3,419,902 Kinder, 1,752,116 Knaben und 1,667,786 Mädchen geboren werden. (Sammlung von Mittheilungen über Russland. Herausgegeben vom statistischen Centralcomité des Ministeriums des Innern. S. VI. (russisch).

[11]) Von dieser Zeit an bearbeitete ich diese Frage nicht nach einem, aus zweiter Hand erhaltenen Material, sondern nach den originalen Berichten der Recrutirungscommissionen. Nach Beendigung dieser Arbeit wird Jeder die Möglichkeit haben, zu urtheilen, auf wessen Seite die Wahrheit liegt, ob ich sie in pessimistischer Richtung entstellt habe, oder ob dieses meine Gegner in optimistischer Auffassung gethan haben....

[12]) Mir sind keine Beobachtungen aus der letzten Zeit über das Verhältniss der Morbilität der Augen bei den Neugeborenen zur Blennorrhagia vaginae der Mutter bekannt und muss ich mich deshalb mit einem Hinweise auf die Literatur aus früherer Zeit begnügen. Lederskjold lenkte schon in den 30er Jahren dieses Jahrhunderts die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diesen Punct. Von 328 Kreissenden des Stockholmer Gebärhauses litten 137 an Blennorrhagia vaginae, während 191 davon frei waren. Von 30 an O. n. erkrankten Kindern dieser Frauen gehörten 20 blennorrhoischen Müttern an. Daraus folgt, dass auch Kinder gesunder Frauen an O. n. erkranken können, dass aber das Procent solcher Affection bei gleichzeitig kranken Müttern ein viel grösseres ist, als bei nach damaligen Begriffen gesunden Weibern, welche möglicherweise uns heute krank erscheinen würden. Nach Lederskjold's Angabe erkrankten bei blennorrhagischen Müttern das 8., bei gesunden aber nur das 18. Kind an O. n.

ganges durch die Geschlechtstheile seiner Mutter mit der Infectionsquelle in Berührung komme, die Augen desselben mit den bekannten Mitteln prophylaktisch zu desinficiren. Diese bekanntlich von Credé vorgeschlagene Methode hat nun auch glänzende Resultate aufzuweisen: in der Credé-schen geburtshülflichen Klinik erkrankte von 1160 Lebendgeborenen nur einer an O. n.; anstatt der früheren 12—15% Erkrankungen gab es nur einen Bruchtheil des Procentes.

Credé[13]) beschreibt seine Methode folgendermaassen:

«Die Kinder werden nach der Abnabelung zunächst von der Hautschmiere und dem an ihnen haftenden Blute, Schleime etc. in der bekannten Weise befreit, dann in das Bad gebracht und dabei die Augen mittelst eines reinen Läppchens oder besser mittelst reiner Bruns'scher Verbandwatte nicht mit dem Badewasser, sondern mit anderem reinen gewöhnlichen Wasser äusserlich gereinigt, namentlich von den Lidern alle anhaftende Hautschmiere beseitigt. Dann wird auf dem Wickeltische, *vor* dem Ankleiden des Kindes, jedes Auge mittelst zweier Finger ein wenig geöffnet, *ein einziges am Glasstäbchen hängendes Tröpfchen einer 2-proc. Lösung von salpetersaurem Silber* der Hornhaut bis zur Berührung genähert und mitten auf sie fallen gelassen. *Jede weitere Berücksichtigung der Augen unterbleibt.* Namentlich darf in den nächsten 24—36 Stunden, falls eine leichte Röthung oder Schwellung der Lider mit Schleimabsonderung folgen sollte, die Einträufelung *nicht wiederholt werden.*

Die Lösung des salpetersauren Silbers befindet sich in einem kleinen Fläschchen aus schwarzem Glase mit eingeriebenem Glasstöpsel. Die Halsweite des Fläschchens beträgt 1 Ctm. im Durchmesser, das benutzte Glasstäbchen ist 15 Ctm. lang, 3 Mm. dick und an beiden Enden glatt und rund abgeschmolzen. Fläschchen und Stäbchen werden in einem sauberen verschlossenen Schubkasten des Wickeltisches aufbewahrt.

Die Lösung wird etwa alle sechs Wochen erneuert, könnte aber viel länger benutzt werden, ohne ihre Wirksamkeit einzubüssen.

Um das Verfahren in die weitesten Kreise einzuführen, muss der dazu verwendete Apparat einfach, billig und gefahrlos sein. Ich habe, sagt Credé, desshalb Spritzen, Pinsel, Tropfgläser und Tropfflaschen, welche ich früher bei Behandlung bereits bestehender Ophthalmoblennorrhoe vielfach gebraucht hatte, wieder aufgegeben, weil sie ihren Zweck nicht so gut erfüllen, als das beschriebene Glasstäbchen».

Die heutige Arzneikunde hätte kein anderes so einfaches, billiges, handliches, selbst in unbeholfenen Händen gefahrloses und wirksames Mittel vorschlagen können.

Und doch stossen wir bei uns in praxi sofort auf Schwierigkeiten.

Der Erfolg hängt von der Art der Anwendung des Mittels, d. h. von *den ausführenden Personen* ab. Wie einfach die Application desselben auch sein möge, *das Mittel muss mit pedantischer Genauigkeit, mit Beachtung aller Bedingungen der Sauberkeit und vorwurfsfreier Reinlichkeit gebraucht werden.*

Diese Begriffe sind bekanntlich sehr bedingt. Wie bringt man sie einer einfachen Person, einer Dorfhebamme bei, welche die formale Seite der ärztlichen Verordnung wohl erfüllt, aber von der Anwendung der empfohlenen Panacäe keinen Erfolg sieht, weil sie selbst, die Gebärende und deren Umgebung die Ansteckung durch schmutziges Wasser, auf ihren Fingerspitzen, Nägeln oder auf den Fasern irgend eines schmierigen Lappens übertragen haben? Uns erscheint diese Behandlungsmethode so einfach, verständlich, natürlich, aber man versuche nur ein Mal einen unentwickelten Menschen davon zu überzeugen — das wäre vergebliche Mühe, da solches sein Begriffsvermögen übersteigt. Wir können ihn wohl bedauern, aber nicht anschuldigen.

Dieses ist die erste Enttäuschung nicht nur für diejenigen, welchen wir helfen wollen, sondern auch für uns; doch ist sie leider nicht die einzige.

Der Zweifel an der Unfehlbarkeit unserer Panacäe hat sich bei dem ersten, durch die Schuld der Ausführenden bedingten Misserfolge in der Nachbarschaft verbreitet, die Gevatterinnen haben alle schwangeren Nachbarinnen davon benachrichtigt, die Dorfhebammen aber frohlocken in der Voraussicht, dass ihre erschütterte Autorität wieder in ihre alten Rechte treten werde. Wiederholen sich nun derartige Misserfolge, so erleidet das von uns vorgeschlagene, in gebildeten Kreisen heilsame Mittel, in ungebildeten vollständiges Fiasco — und dann ist gar keine Hülfe mehr möglich!

Selbst wenn wir mit administrativen Maassregeln, der Hülfe der Dorfobrigkeit handeln wollten, so würden wir doch Nichts erreichen, da die Ausführung unserer Anordnungen eine rein formale, papierne sein würde. Man würde unsere Tropfen entgegennehmen, uns sagen, dass sie angewandt worden seien, die Menge der Flüssigkeit im Fläschchen verringern, um uns von der Anwendung derselben zu überzeugen, in Wirklichkeit aber würde der Neugeborene von der Dorfhebamme in althergebrachter Weise behandelt werden.

Man könnte mir erwidern, dass die vorgeschlagenen Maassnahmen den Hebammen übertragen werden könnten — sei dem so — und noch mehr. Setzen wir selbst voraus, dass sie *alle*, was nicht wahrscheinlich, mit der vorgeschriebenen Methode vertraut und von der Zweckmässigkeit derselben vollständig durchdrungen seien, dass sie voller Eifer und mit vollster Kenntniss der Methode an ihre Ausführung gingen. Wir hätten dann ein wohlgeübtes Heer zum bevorstehenden Kampfe. Ist es aber auch zahlreich genug? Die Zahl der Streiter muss ja derjenigen der Gegner entsprechen! Wie viel giebt es aber Hebammen überhaupt in Russland? Es gab ihrer laut Bericht des Medicinaldepartements 1882 3,177! (von welchen 856 etatmässige Stellen im Ressort des Ministeriums des Inneren bekleideten), der Neugeborenen aber in demselben Jahre 4,494,158!! Es käme somit auf 1 Hebamme 1414 Geburten jährlich, fast 4 (3,9) täglich; vorausgesetzt dass dieselben gleichmässig über das ganze Land vertheilt, was aber nicht der Fall ist[14]).

Dieses ist baarer Unsinn, unmöglich hinsichtlich der zu leistenden Arbeit, der Zeit, besonders aber der enormen Enfernungen. Aus diesem Unsinne aber lässt sich mit vollem Rechte der ganz vernünftige Schluss ziehen, dass nur ein äusserst kleines Procent der Wöchnerinnen überhaupt von Hebammen und das fast nur in den Städten bedient wird. Die Zahl der mit den Mitteln zur Bekämpfung der O. n. vertrauten Hebammen ist vollständig ungenügend, in den Kampf aber einzutreten mit Hülfe der Dorfhebammen, den einzigen Vertreterinnen der Lucina inmitten einer auf ungeheuren Entfernungen verstreuten Dorfbevölkerung, ist nicht nur unmöglich, sondern auch unzulässig.

In wie weit die ländliche Bevölkerung auf die Hülfe der 15,148, meist in den Städten wohnhaften und auf dem flachen Lande ungleichmässig vertheilten Aerzte und die 7679 Feldscheere rechnen kann, darauf will ich hier nicht eingehen, das Schlussresultat unserer Betrachtungen aber lautet dahin, dass mit dem vorhandenen medicinischen Personale ein Kampf mit der O. n. ein Ding der Unmöglichkeit ist, es ist nicht zahlreich genug.

---

[13]) Credé: Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (Ophthalmoblennorrhoea neonatorum), der häufigsten und wichtigsten Ursache der Blindheit. Berlin, Hirschwald, 1884, p. 9 u. 10.

[14]) Man darf nicht vergessen, dass die Bevölkerung in Russland eine vorwiegend ackerbautreibende ist und dass von der allgemeinen Bevölkerungszahl von Russland, incl. Finnland (1885), 108,787,235, nur 13,947,825 in Städten wohnen, die übrigen sind über enorme Räume verstreut. Unter solchen Umständen ist im gegebenen Falle eine *locale* Hülfe, wenigstens durch gut vorbereitete Hebammen durchaus nothwendig: von einem rechtzeitigen ärztlichen Eingreifen kann bei dem jetzigen Aerztebestand aber keine Rede sein.

Auf eine wirksame Unterstützung von Seiten der hülfsbedürftigen Bevölkerung in diesem Kampfe ist auch nicht zu rechnen, ich kann dieses aus eigener Anschauung bestätigen, ich bin oft in meinen Hoffnungen getäuscht worden und zwar in Folge der Armuth und der mangelnden Entwickelung der Massen. Man kann freilich mit den vorhandenen, gut vorbereiteten und organisirten Kräften einen gewissen Nutzen bringen, der aber seiner Geringfügigkeit wegen nur den Leuten genügen könnte, welche an die heilende Wirkung etatmässiger «guter Stellen» glauben, aber nicht Aerzten, welchen die Gesundung ihres Vaterlandes am Herzen liegt. Desshalb warte man nicht so lange, als bis die nöthige ärztliche Hülfe geschaffen sein wird, man wende sich dagegen an den intelligenten Theil der ländlichen Bevölkerung, mache Gutsbesitzer, Gutsverwalter, Dorflehrer und Dorflehrerinnen, Geistliche mit der Credé'schen Methode bekannt und fordere sie auf, im Namen der Nächstenliebe, dieselbe mit *pedantischer Genauigkeit und ohne Verzug* anzuwenden, für Reinlichkeit im Allgemeinen und bei Geburten im Besonderen Propaganda zu machen, ohne welche die vorgeschlagene Maassregel bei uns unmöglich zu erfüllen ist.

Die Augen des Neugeborenen, wenn auch bei der Geburt durch die Anwendung der vorgeschlagenen Tropfen ausser Gefahr, können in der Folge durch Nachlässigkeit der Wöchnerin oder deren Umgebung, durch Hände oder Gegenstände oder die Lochien der Mütter angesteckt werden.

Alle diese Maassregeln sind aber lediglich palliative, welche nur in Ermangelung directer Maassnahmen anzuwenden sind. Zu letzteren zähle ich: der Zahl der Geburten entsprechende Vermehrung der Zahl der gut geschulten Hebammen, welche neben ihrer directen Berufspflicht, auch den Schutz der Augen bei den Neugeborenen gegen die Ophthalmoblennorrhoe besorgen müssten. Dazu ist eine genügende Vergrösserung der Zahl der Hebammeninstitute nothwendig. So lange wir nicht genug Hebammen haben, müssen wenigstens die vorhandenen mit der Credé'schen Methode bekannt gemacht werden; sie müssten zur obligatorischen Anwendung derselben bei jeder Geburt verpflichtet werden. So lange diesem Bedürfnisse nicht in vollem Maasse entsprochen wird, wird das Credé'sche Verfahren, welches in West-Europa so glänzende Resultate erzielt hat, bei unseren Culturzuständen nur geringen Nutzen bringen.

Einigen Nutzen würde die Verbreitung von Anleitungen zur Verhütung der O. n. durch die Presse, namentlich solcher Druckwerke, welche unter dem Volke verbreitet sind — Kalender, öffentlich ausgehängte Mittheilungen u. a., durch die Schulen, bringen.

Nachtrag*)

Die Resultate der Behandlung der O. n. weisen vom Jahre 1884 an eine bedeutende Besserung auf[15]). Von 1868 bis 1874 wurden alle augenkranken Kinder in zwei besonderen Abtheilungen des Lazareths für Brustkinder behandelt. Die Folgen einer solchen Behandlung in überfüllten Krankenräumen waren so wenig befriedigend, dass von 1875 an die Augenkranken in den Abtheilungen, in welche sie von Anfang an eingetreten waren oder in welchen sie erkrankten, belassen wurden. Eine solche Vertheilung der Augenkranken erleichterte deren Pflege und ergab, wie wir gesehen haben, bessere Resultate, als in den früheren Jahren. Es verringerte sich die Zahl der Kranken in Folge dieser Anordnung aber nicht, auch wirkten die allgemeinen Verhältnisse im Findelhause nicht auf die Menge der Augenkranken ein, es gab ein Mal bei Mangel an Ammen und Ueberfüllung der Anstalt wenig Augenkranke, während das andere Mal die Zahl dieser unter den günstigsten Bedingungen eine grosse war. Thatsächlich könnten die angeführten Verhältnisse auch kaum die Zahl der Augenkranken beeinflussen, weil ²/₃ derselben bereits krank die Anstalt betraten. Die Verringerung der Augenerkrankungen trat vom Jahre 1884 an, äusserst deutlich 1885 zu Tage und fiel mit der Einführung der Credé'schen prophylaktischen Behandlung der O. n. zeitlich zusammen. Diese wurde 1884 nur im Gebärhause und dem Hebammeninstitute, seit 1885 aber in fast allen Hospitälern und Gebärasylen eingeführt, so dass etwa 25% aller in das Findelhaus aufgenommenen Kinder nach dieser Methode behandelt worden waren. Ausserdem wurde seit März 1884 allen Neugeborenen, d. h. mit nicht abgefallenem Nabelstrange, in das Findelhaus eintretenden Kindern eine 2% Lösung von Argent. nitricum in die Augen eingeträufelt; eine Ausnahme machten die aus den oben angeführten Anstalten stammenden Kinder. Diese Maassregel wurde auch im Jahre 1885 ausgeführt, aber mit dem Unterschiede, dass über 3 Tage alte Kinder keine Einträufelungen mehr bekamen.

Der Einfluss dieser prophylaktischen Behandlung erhellt aus folgender Zusammenstellung:

Im Jahre 1884 gab es unter 9742 neueingetretenen Kindern (4867 Knaben, 4875 Mädchen) 609 Augenkranke, darunter 538 blennorrhoische (96 auf einem, 442 auf beiden Augen), also 88,1% aller Augenerkrankungen; an Cornealaffectionen litten 40 (6,5%). 1885 wurden 9432 Kinder (4379 Knaben, 4693 Mädchen) aufgenommen, von welchen 421 augenkrank, 376 an O. n. leidend (89,3%), von letzteren litten an einem Auge 54, an beiden 322, die Cornea war bei 39 (9,2%) ergriffen.

*) Dieser Nachtrag ist durch ein kleines Missverständniss in den Artikel selbst nicht aufgenommen, er gehört an das Ende der Mittheilung über das St. Petersburger Findelhaus.

[15]) Medicinischer Bericht des St. Petersburger Findelhauses für 1884—85. S. 66—72 und 57—64. (Russisch).

Tabelle I. Bewegung der Bevölkerung Neugeborener und Kranker in der Brustabtheilung des Moskauer Findelhauses.

Jahr	Zugetragen:				Zugetragen Knaben und Mädchen	Gestorben Knaben und Mädchen	% der Sterblichkeit	Rest vom Vorjahre	Mit den Vorjährigen	Augenkranke			% der Augenkranken		Summa aller Kranken
	Knaben	Gestorben	Mädchen	Gestorben						Im Allgemeinen	Ophth. neon. Summa	Ophth. neon. Inficirt gebracht	Zur Aufnahme	Zur Krankenzahl	
1870	5361	1496	5432	1423	10793	2919	26,3	794	11587	945	894	373	8,1	10,9	8666
1871	5472	1309	5450	1184	10922	2493	23,05	993	11915	959	769	489	8,6	11,2	8522
1872	5811	1489	5563	1335	11374	2824	24,84	1102	12476	921	854	470	8,1	10,0	9203
1873	5858	1698	6213	1458	11531	3156	27,33	1117	12648	926	—	356	8,0	8,8	10487
1874	5996	1494	6489	1233	11932	2727	22,74	1108	13040	1165	—	369	9,0	11.6	10010
1875	6283	1828	6205	1662	12488	3490	27,88	1000	13488	1131	205	—	—	—	8722
1876	6484	1882	6166	1615	12650	3497	27,31	973	13623	1291	535	—	9,4	14,3	9592
1877	6276	1489	6443	1328	12719	2817	22,33	821	13540	698	—	235	5,5	8,2	8317
1878	6874	1758	6738	1519	13612	3277	24,2	928	14540	586	174	—	4,0	6,9	8388
1879	6928	2301	6884	1924	13812	4225	30,02	999	14811	431	80	—	2,5	4,9	8676
					121833	31425 (25,8%)				9053 (7,4%)					90583 (74,3%)

Die unausgefüllten Stellen in den Rubriken der beiden Tabellen zeigen das Fehlen des Materials an.

Tabelle II. Bewegung der Bevölkerung Neugeborener und Kranker (incl. Ophthalmia neonat.) in den Brustkinderabtheilungen des St. Petersburger Findelhauses.

Jahr	In das Findelhaus zugetragen:									Augenkranke	Ophth. neon.		% der Augenkr. zu Zugetragenen	% der Augenkr. zu allen Kranken	Summa aller Kranken	Läsion der Cornea		Erblindet auf		Läsion der Cornea und Blindheit b. Todten unbestimmt an	
	Knaben	Gestorben	Mädchen	Gestorben	Knaben und Mädchen	Rest vom Vorjahre	Mit den Vorjährig.	Todte beiderlei Geschlechts	% der Mortalität	Summa	Summa	Inficirt eingetreten				1 A.	2 A.	1 A.	2 A.	1. A.	2 A.
1826	—	—	—	—	4080	—	—	921	22,5	Von 1826—39 wurden 4/5 der Augenkranken krank in's Findelhaus gebracht, 1/5 erkrankte in der Anstalt. Im Mittel litten von 800 Brustkindern 60 an Augenkrankheiten.			—	—	1642	—		—		—	
27	—	—	—	—	4024	—	—	974	24,5				—	—	1598	—		—		—	
28	—	—	—	—	4072	—	—	934	22,7				—	—	1714	—		—		—	
29	—	—	—	—	3993	—	—	1065	26,6				—	—	1675	—		—		—	
30	—	—	—	—	4090	—	—	910	22,2				—	—	1885	—		—		—	
31	—	—	—	—	4150	—	—	820	19,7				—	—	1923	—		—		—	
32	—	—	—	—	4229	—	—	752	17,7				—	—	1874	—		—		—	
33	—	—	—	—	4515	—	—	792	17,5				—	—	1874	—		—		—	
34	—	—	—	—	5183	—	—	949	—				—	—	—	—		—		—	
35	—	—	—	—	5233	—	—	941	—				—	—	—	—		—		—	
36	—	—	—	—	5382	—	—	1018	—				—	—	—	—		—		—	
37	—	—	—	—	5376	—	—	1430	—				—	—	—	—		—		—	
38	—	—	—	—	5314	—	—	1317	—				—	—	—	—		—		—	
39	—	—	—	—	5502	—	—	1417	—				—	—	—	—		—		—	
1846—47	2874	—	2981	—	5855	—	—	—	—	460 } Bei 374 Corneal-			—	—	—	—		{ v. 882		—	
1847—48	3055	—	3168	—	6223	—	—	—	—	422 } u. and. Affection.			—	—	—	—		{ 21	43	7 %	
1848—50	5769	—	6000	—	11769	—	—	—	—	803 Bei 193 dasselbe			—	—	—	—		6	25	—	
1854	—	—	—	—	—	—	—	—	—	646	—	—	—	—	—	11	5	13	8	—	
55	3168	—	3175	—	6343	—	—	1751	27,7	580	—	—	—	—	—	11	4	12	1	—	
56	3459	—	3388	—	6847	—	—	1887	27,9	564	—	—	—	—	—	17	1	13	1	—	
57	3328	829	3413	736	6741	—	—	1565	23,2	551	—	—	—	—	—	20	5	10	3	—	
58	—	—	—	—	6454	—	—	1301	20,1	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
59	—	—	—	—	6835	—	—	1447	21,1	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
60	—	—	—	—	6787	—	—	1428	21,0	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
61	—	—	—	—	6496	—	—	1551	23,8	491	476	193	—	—	—	20	23	11	3	—	
62	—	—	—	—	5922	—	—	1329	22,4	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
63	—	—	—	—	5804	—	—	1154	19,8	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
64	2957	700	3014	629	5971	632	6603	1329	21,1	514	488	—	8,5	18,0	2810	15	4	44	15	69 a.	125 A.
65	—	—	—	—	5768	590	6358	1309	22,6	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
66	—	—	—	—	6158	571	6729	1173	18,9	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
67	—	—	—	—	6466	686	7157	1149	16,0	—	—	—	—	—	—	—		—		—	
68	3326	688	3315	581	6641	729	7373	1269	17,0	576	475	299	7,3	12	4500	45	9	21	8	29	
69	3392	766	3405	630	6797	638	7437	1396	18,7	675	549	322	9,0	11,6	5778 } [1]	22	14	18	10	8	
70	3455	736	3359	656	6814	728	7542	1392	18,4	606	523	246	8,1	10,4	6099 }	(41)		30	7	?	
71	3595	837	3615	703	7210	908	8120	1540	18,9	549	452	239	6,7	8,5	6459	21	6	4	3	7	
72	3730	801	3848	724	7578	770	8352	1525	18,2	555	448	293	6,6	8,8	6303	26	11	12	5	7	
73	3743	1065	3767	959	7510	754	8280	2024	24,4	647	533	303	—	8,7	7064	76	24	2,3%	0,7%	10	
74	3964	1498	3714	1301	7678	998	8687	2799	32,2	614	379	322	7,0	8,4	6865	25	19	18	19	36	
75	3867	1164	3761	1047	7628	891	8531	2211	29,4	694	538	249	8,1	9,1	7069	33	16	?	?	28	
76	3743	1032	3824	866	7567	1027	8603	1898	24,5	592	433	321	7,2	7,6	7249	33	6	8	3	17	
77	3927	789	3845	687	7772	860	8654	1476	18,3	492	379	230	6,2	7,6	5983	27	12	9	4	20	
78	4041	662	4003	591	8044	617	8682	1253	15,1	641	505	418	8,1	11,2	5132	36	15	13	5	?	
79	4229	600	4124	539	8353	407	8767	1139	14,2	698	560	469	8,3	13,2	5172	43	19	19	7	?	
80	4342	705	4316	572	8658	753	9417	1277	14,7	821	669	563	8,9	—	4850	9	6	17	12	3	
81	4518	987	4481	886	8999	775	9800	1873	20,7	797	675	561	8,2	11,5	6426	19	2	7	16	21	
82	4538	1031	4663	984	9201	778	10010	2015	22,0	722	643	482	7,1	—	5935	6	1	15	5	13	
83	4613	1352	4633	1271	9246	960	9246	2623	28,6	688	615	476	6,9	—	6820	(59)				?	
					125696 Summa aus 16 Jahren 1868—1883					10367 (8,24 %)	8376 (6,6 %)	5793 (69%)				421	160	191	104	199	
																Summe von 14		13 Jahren.		12*)	

1870 und 1883 beträgt die Summe der mit lädirter Cornea, aber ohne Angabe ob auf einem, oder beiden Augen, 100 (41 + 59). Ausserdem werden noch summarisch die von den Vorjahren Zurückgebliebenen erwähnt: 1871 — 11, 1872 — 18, 1873 — 3, 1874 — 4, 1875 — 9, 1876 — 10, 1877 — 8, 1878 — 8, 1879 — 12, in Allem in 9 Jahren — 83 Blinde und Lädirte. Für sieben Jahre fehlen die Berichte.

*) In Folge der fehlenden Posten (2—3—4 Jahre) stellen sich in der Wirklichkeit viel grössere Zahlen für Erblindete und Lädirte heraus, als wie die in dieser Tabelle und im Texte angeführten.

Anmerkung[1]). In den Berichten für 1869 und 1870 ist auf S. 39 und 78 ein augenscheinlicher Fehler enthalten, wegen eines zweimaligen theilweisen Abdruckes einer und derselben Tabelle. Sie ist hier corrigirt, ob richtig, weiss ich nicht, da ich die, an verschiedenen Orten zerstreuten Daten dazu zusammengestellt habe. Endlich wird das Procent der Morbilität in den einen Berichten aus der allgemeinen Krankenzahl berechnet, in anderen werden die aus dem Vorjahre Zurückgebliebenen hinzugezählt. Ich habe mich nicht entschliessen können, ein solches nicht ganz richtiges Verfahren anzugreifen, weil ich mir nicht den Vorwurf einer Umarbeitung officiellen Materials zuziehen wollte.

Referate.

Rosenbusch: Ueber Strophanthus hispidus bei Herzaffectionen. (Berl. klin. Wochenschr. № 7. 1888).

R. hat eine Reihe von Untersuchungen über die Wirkung von Strophanthin und Tinct. Strophanthi auf Herz- resp. Nierenkranke angestellt, deren Ergebnisse er in folgenden Sätzen formulirt.

1) Steigert S. h. die Kraft der Systole und verlängert die Dauer derselben, wobei zugleich auch die Spannung der arteriellen Gefässe vermehrt und die Herzaction verlangsamt wird, dadurch wird

2) der Herzmuskel gestärkt und die Herzarbeit regulirt.

3) Hat es diuretische Eigenschaften, ausgesprochene bei Herzaffectionen, sehr geringe bei Nierenkrankheiten.

4) Stört es nicht die Verdauung, wie z. B. Digitalis.

5) Kann es wochenlang verabreicht werden ohne die Symptome der Cumulation hervorzurufen.

6) Am besten ist es als Tinct. Stroph. alcoholica in der Dosis 10—25 Tropfen 3 mal täglich zu verabreichen.

7) Wirkt es weniger eingreifend als Digitalis.

8) Erhält es vorzüglich bei schweren Compensationsstörungen den Effect der ursprünglich beigebrachten Digitalis.

9) Bei Stenose der Aortenklappen wirkt es negativ, indem es die Systole noch mehr verlängert und soll es daher bei dieser Krankheit nicht verabreicht werden.

Kn.

von Brunn: Zur Kreosotbehandlung der Lungentuberkulose. (Berl. klin. Wochenschr. № 8).

Verf. hat in den letzten 8 Jahren das Kreosot bei circa 1700 Phthisikern, sowohl bei nichtfiebernden, als auch in Fällen von acuter

Tuberkulose mit bestem Erfolge verabreicht. Der Appetit wurde besser, die Verdauungsbeschwerden wurden geringer oder ganz gehoben, das Körpergewicht nahm zu. Auswurf und Husten wurden gemildert, die Oppressionen liessen nach, die vasomotorische und cardiale Reizbarkeit schwand. In einigen Fällen schwanden die Bacillen, die Dämpfungsgrenze wurde kleiner, die Rasselgeräusche nahmen ab. T. Steigerungen und Schweisse blieben zeitweilig ganz aus. Verf. verabreicht das Kreosot in grossen Gaben und zwar entweder als Kreosotwein (Kreosoti fagini 13, Tinct. Gentianae 30, Spir. Vini rect. 250, Vini Tokay q. s. ad collat 1000. DS. 3 mal täglich einen Esslöffel voll in Wasser) oder bei Diarrhöen mit Opium in Pillenform (Kreos. fagini 2—2,5, Opii 0,3—0,4, Extr. Liq. q. s. ut f. pil № 50. S. 3 stündlich 1 Pille). Kn.

Fehleisen: Zur Aetiologie der Eiterung.

Scheuerlen: Weitere Untersuchungen über die Entstehung der Eiterung; ihr Verhältniss zu den Ptomaïnen und zur Blutgerinnung.

G. de Ruyter: Zur Jodoformfrage. (Langenbeck's Arch. XXXVI. № 4).

Fehleisen hält seine Anschauungen über die specifische Natur des Erysipelkokkus gegenüber denjenigen Autoren, welche ihn mit dem von Rosenbach zuerst genauer beschriebenen Streptokokkus pyogenes identificiren wollen, aufrecht. Das Erysipel ist eine echte Infectionskrankheit; hier wie beim Milzbrand, beim Typhus, beim Tripper, der Cholera u. s. w. haben wir stets eine bestimmte Mikrobe, die schon in wenigen, wahrscheinlich sogar in einzelnen Exemplaren auf ein gesundes Individuum übergeimpft, die Fähigkeit besitzt, sich anzusiedeln und zu vermehren, wodurch immer wieder Erysipel entsteht. Nicht so bei der Phlegmone und den übrigen septischen Erscheinungen. Hier haben wir einmal schon eine ganze Gruppe von verschiedenen Mikroorganismen (Strepto- und Staphylokokken), welche einzeln oder in mannigfaltigen Combinationen in ein und demselben Falle angetroffen werden können, und dann bieten die durch dieselben erzeugten Krankheitsbilder klinisch die allergrössten Unterschiede. Acute Abscesse und Phlegmonen, Panaritien, Furunkel, Osteomyelitis, viele Fälle von Pleuritis, Peritonitis, Endocarditis, Septichaemie, Pyaemie, Puerperalfieber u. s. w. scheinen durch die gleichen Mikroben verursacht zu werden. Dazu kommt, dass es bisher nicht gelungen ist, auch nur einen dieser Krankheitsprocesse im Thierversuche zu erzielen unter Bedingungen, wie sie in praxi gegeben sind. Kleine Mengen der Reinculturen haben meist gar keine Wirkungen; grössere machen unter Umständen kleine Abscesse, die aufbrechen oder auch resorbirt werden können; ganz grosse Dosen können den Tod der Versuchsthiere verursachen, noch ehe es zur Bildung eines Abscesses kommt. Gleichwohl ist die pathogene Natur dieser Organismen unbestreitbar und tritt sogar bei Injectionen der Reinculturen in die Gelenke oder gar die Venen sehr exquisit zu Tage. Es ergiebt sich daraus, dass für die Erzeugung obiger Krankheitsprocesse nicht nur die Anwesenheit der pyogenen Bacterien, sondern auch andere Hilfsursachen, die wahrscheinlich eine Schädigung der physikalischen oder chemischen Integrität der Gewebe bedingen, erforderlich sind. Wie wichtig letzteres Moment sein kann, erhellt schon aus der Erfahrung, dass durch Morphiumlösung, welche erwiesener Maassen gar nicht selten den Staphylokokkus pyogenes aureus enthält, bei subcutaner Injection fast nie, durch Sublimatlösungen aber, die von solchen Beimengungen sicher frei sind, gar nicht so selten Abscesse erzeugt werden. Die Versuche, welche Verfasser zur Klarlegung dieser Frage angestellt hat, illustriren zwar sehr gut eine Anzahl von Gesichtspuncten, von denen aus man der Sache auf den Grund kommen könnte, haben aber zu einem eigentlichen Abschluss bis jetzt noch nicht geführt. Immerhin verdient erwähnt zu werden, dass man durch Injection von Eiter häufig energischere Wirkungen erzielen kann, als durch Reinculturen; und weiter, dass auch die Virulenz des Eiters nicht immer gleich ist, im Allgemeinen aber um so energischer zu sein scheint, je stürmischer die entzündlichen Erscheinungen bei dem Individuum waren, von dem derselbe stammt; sowie endlich, dass die Anzahl der im Eiter enthaltenen Bacterien für den Grad seiner Virulenz nicht maassgebend ist. Diejenigen Bestandtheile des Eiters, welche neben dem Vorhandensein fortpflanzungsfähiger Mikroben seine Virulenz bedingen, zu isoliren, ist Verf. bis jetzt nicht gelungen.

Eine Ergänzung der Arbeit Fehleisen's bildet die unter seinen Auspicien entstandene Scheuerlen's (cf. diese Wochenschrift, 1885. № 39). Letzterer benutzte diesmal nicht capillare, sondern grössere, spindelförmige Glasröhren von 9 Ctm. Länge, die er, mit verschiedenen Flüssigkeiten gefüllt, unter die Haut brachte und nach vollendeter Wundheilung subcutan zerbrach. Die Röhren blieben bei Terpentinfüllung leer und waren umgeben von einer dicken derben Kapsel, die sich mikroskopisch als zellig infiltrirtes Bindegewebe erwies. Bei Kochsalzlösung waren dieselben eingeschlossen von einer schleierhaften Membran und von einem bindegewebigen Strang durchwachsen. Bei Anwendung von sterilisirten Extracten, die aus Kaninchenfleischjauche und Eiterkokkenreinculturen hergestellt waren, sowie von gelösten Ptomaïnen (Cadaverin und Putrescin), fand Verf. dagegen an beiden Enden des zerbrochenen Röhrchens eine 3—4 Mm. dicke Schicht *nicht kokkenhaltigen* Eiters. Da eitrige Exsudate trotz Anwesenheit von Plasma und Leucocythen nicht gerinnen, so lag es nahe, zu untersuchen, ob auch die erwähnten Substanzen die Gerinnung verhindern, welche Frage von Verf. in positivem Sinne entschieden wurde. Andererseits konnte derselbe durch 15% sterilisirte Lösung von Magnes. sulfur., welches bekanntlich die Blutgerinnung verhindert, Eiterung nicht erzeugen.

In innerem Zusammenhange hiermit stehen endlich noch die neueren Versuche de Ruyter's über das Wesen der Jodoformwirkung (cf. diese Wochenschr. 1887. № 38). Dieselben sind zum Theil im Verein mit Behring angestellt und ergaben, dass sich aus Eiterjodoformmischungen nach einigen Tagen durch Dialyse Jodverbindungen gewinnen lassen, welche nur durch Zersetzung des Jodoforms freigeworden sein können. Dass dies auf einer specifischen Wirkung des Eiters beruht, wurde durch negativ ausfallende Controlversuche mit sterilisirtem Blutserum bewiesen. Weiter zeigte sich dann, dass das gleiche Verhalten, wie dem Eiter, auch den im Eiter enthaltenen Ptomaïnen zukommt, sowie dass diese letzteren durch gegenseitige Zersetzung mit dem Jodoform ihre deletären Eigenschaften für den Organismus verlieren. Hiermit hat der empirisch tausendfältig constatirte Werth des Jodoforms seine experimentelle Begründung erhalten. Wenn dasselbe auch sicher keine parasiticiden Eigenschaften entfaltet, wie sie z. B. dem Carbol und Sublimat zukommen, so wissen wir doch nun, dass das Jodoformpulver die Ptomaïne einiger Bacterien unschädlich macht, und dass gerade diese Bacterien nur unter besonderen Umständen, die wahrscheinlich mit der Ptomaïnbildung zusammenfallen, dem thierischen Organismus gefährlich werden. Zudem wird das Jodoformpulver ja meist nur nach vorheriger Ausspülung der Wunden mit den verschiedenen in der chirurgischen Praxis üblichen antiseptischen Flüssigkeiten auf die Wunden applicirt; und endlich besitzen wir in den Jodoformlösungen Mittel, die sowohl der momentanen, als der dauernden Desinfection der Wunden Genüge leisten. G.

Georg Avelis: Ueber Amylenhydrat als Schlafmittel. (D. med. W. № 1).

Auf Anregung von Prof. Riegel hat Verf. das Amylenhydrat einer Prüfung unterzogen, und hat es in Gelatinekapseln oder in wässeriger Lösung in Dosen von 0,8—3,2 Gramm in über 300 Einzelversuchen bei über 40 Patienten versucht. Wo das Mittel per os nicht gegeben werden konnte, wie z. B. bei Ulcus rotundum, wurde es per anum applicirt: Amylenhydrati 3,0, Aquae destil., Mucil. Gummi arab. aa 25,0. MDS. zum Klystier. Dabei tritt die Wirkung fast ebenso schnell ein, wie per os, und die Darmschleimhaut wird gar nicht gereizt. Im Allgemeinen ist die Wirkung eine sichere, das Mittel wirkt schwächer als Chloral und stärker als Paraldehyd. Das Erwachen ist gleich dem nach natürlichem Schlaf, kein Kopfschmerz, keine Abgeschlagenheit, die Respiration wird nicht geändert, Puls und Blutdruck ebenso wenig. Ob Gewöhnung eintritt, lässt sich noch nicht sagen, bei den bisherigen Versuchen wurde eine Gewöhnung auch bei öfter wiederholter Anwendung nicht beobachtet. Vor allem verdient das Amylenhydrat bei allen Kreislaufstörungen den Vorzug vor dem Chloral, von letzterem ist ja bekannt, dass es eine erhebliche Druckherabsetzung im Gefässsystem hervorruft.

Contraindicationen für die Anwendung des Amylenhydrats hat Verf. bisher nicht gefunden. Max Schmidt.

E. Leyden: Die Entzündung der peripheren Nerven (Polyneuritis — Neuritis multiplex), deren Pathologie und Behandlung. Vorgetragen in der militärärztlichen Gesellschaft zu Berlin am 21. Oct. und 21. Dec. 1887. Mit einer Tafel. (Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. Heft 2 und 3).

In dem ersten Vortrag behandelt Verfasser die geschichtliche Entwickelung der Kenntnisse von dieser Krankheitsgruppe, die pathologische Anatomie derselben, versucht ein typisches Krankheitsbild derselben zu entwerfen, erwähnt der Diagnose, Prognose, des Verlaufes und der Behandlung und hebt hervor, dass die multiple Neuritis in diesem Augenblick in sich eine «Gruppe von Krankheiten» fasst, deren einzelne Formen in ihrem Typus zwar übereinstimmen, jedoch im Einzelnen viele Verschiedenheiten darbieten. Verfasser unterscheidet 5 Gruppen: 1) *Die infectiöse Form* der multiplen Neuritis nach Diphtherie, Typhus und anderen infectiösen Krankheiten; primäre infectiöse multiple Neuritis; Beri-Beri-Krankheit (Kakke); m. N. nach Syphilis und Tuberculose. 2) *Die toxische Form*: Bleilähmung, Arsenlähmung, Phosphorlähmung, Lähmungen nach Kohlenoxyd-, Schwefelkohlenstoff-Vergiftung, Ergotismus, mercurielle Lähmungen, alcoholische Neuritis. 3) *Die spontane Form*: nach Ueberanstrengung, nach ungewöhnlichen Erkältungen. 4) *Die atrophische (dyskrasische, kachectische) Form*: nach perniciöser Anaemie, Chlorose, Kachexie, Marasmus, Diabetes; 5) *Die sensible Neuritis*: Pseudotabes, Nervotabes peripherica; a) die sensible Form der multiplen Neuritis; b) die sensible Neuritis bei Tabes.

Im 2. Vortrag recapitulirt Verf. in Kürze den Inhalt seines ersten Vortrages und geht dann zur näheren Besprechung der einzelnen Gruppen dieser Krankheit über, wobei er aber dessen Erwähnung thut, dass weder pathologisch-anatomisch noch klinisch eine Trennung der multiplen Neuritis und Degeneration möglich ist, da beiderlei Processe weder anatomisch noch klinisch symptomatisch scharf von einander zu trennen sind, dass jedoch die multiple Neuritis in 2 Gruppen getheilt werden kann, je nachdem vorherrschend die motorischen oder die sensiblen Nerven vom Krankheitsprocess ergriffen sind. In der Mehrzahl der Fälle tritt das Ergriffensein der motori-

schen Nerven in den Vordergrund; die sensible Form trennt sich wieder in 2 Gruppen: die acute (oder subacute) Form und die chronisch-atrophische oder sklerotische Form, welche in naher Beziehung zur Tabes steht. Symptomatisch erweist sich, dass in der ersten — motorischen — Form der gen. Krankheit die motorische Lähmung und Atrophie in den Vordergrund tritt, während in der 2. (sensiblen) Form der gen. Krankheit die motorischen Störungen sich nicht als Paralysen, sondern vielmehr als Ataxie darthun (Nervotabes peripherica oder Pseudotabes).

Die genannten Vorträge des berühmten Autors bieten viel Neues, Belehrendes und auch praktisch Wichtiges und seien hiermit Jedem, der sich für diese Nervenaffection interessirt, bestens zum Studium empfohlen. Dabei ist die Literatur sehr gut berücksichtigt. —i—

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Stetter: Compendium der Lehre von den frischen subcutanen Fracturen. Berlin. Georg Reimer. 8°. 115 pag.

Pendant und Ergänzung des Compendiums der Luxationen von demselben Verfasser (cf. diese Wochenschrift 1886, № 12), eignet sich auch dieses Werkchen vorzugsweise zum Repetitorium für Studirende. G.

Hermann Schmidt-Rimpler (Marburg): Augenheilkunde und Ophthalmoskopie. Für Aerzte und Studirende. Verlag von Friedrich Wreden. Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Band X.

Wenn trotz der grossen Zahl von ophthalmologischen Lehrbüchern das vorliegende in «*Dritter verbesserter Auflage*» hat erscheinen müssen, so ist damit wohl schon eine schlagende Kritik für die Brauchbarkeit des Buches gegeben. Wie es von einem Verfasser, der als Lehrer wie Kliniker gleich gut renommirt ist, nicht anders zu erwarten war, bietet das vorliegende Buch — wenn auch in knapper Form — wirklich alles Neue, das bisher in der Praxis Verwerthung gefunden. Die Ausstattung ist die bekannte gute, wie wir sie an der Wreden'schen Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher gewohnt sind. G—n.

Vermischtes.

— Am 24. April beging in Mitau der Medicinalinspector von Kurland, wirkl. Staatsrath Dr. Mulert, sein *50-jähriges Jubiläum* unter Betheiligung weiterer Kreise.

— Dr. Dreypölcher hat weitere Beileidsbezeugungen in der bekannten Angelegenheit von den medicinischen Gesellschaften in Ssimbirsk und Temnikow (Gouv. Tambow), sowie von den Aerzten der Stadt Werny (im Semiretschensk-Gebiet) erhalten.

— Herr J. P. Petrow hat der hiesigen militär-medicinischen Academie ein *Capital im Betrage von 4700 Rbl.* übergeben, aus dessen Zinsen ein *Stipendium* für Söhne der Beamten der Allerhöchst eigenen Kanzlei und des Ministeriums des Innern vergeben werden soll.

— *Ordensverleihungen*: Der *Stanislaus-Orden I. Classe* — dem Gehilfen des Inspectors der Odessaer Medicinal-Verwaltung, wirkl. Staatsrath Zimmermann. — Der *St. Annen-Orden II. Classe* — dem dejourirenden Hofmedicus, Staatsrath Michel.

Befördert: Zu *Wirklichen Staatsräthen*: der stellv. Oberarzt des Nikolajewschen Marinehospitals — Ssofronizki unter gleichzeitiger Bestätigung im Amte; der Oculist des St. Petersburger Hafens und ältere Arzt der 8. Flotten-Equipage — Müller; der Oculist des Nikolajew'schen Hafens und ältere Arzt der 1. Schwarzmeer-Flottenequipage — Karassewitsch und die ausseretatmässigen älteren Medicinalbeamten des Medicinal-Departements — Rochel und Dobrotworski.

— *Verstorben*: 1) In Maikop (Kubangebiet), Dr. B. Wialbutt. 2) In Eriwan der Stadtarzt Tolkin, welcher sich im Club erschoss. 3) In Kisil-Arwat (Transkaspisches Gebiet) der jüngere Arzt des örtlichen Militärlazareths Sslish. 4) Der jüngere Arzt des Swenigorod'schen Inf.-Regiments Lukjantschikow. 5) In Stettin der Geh. Medicinalrath Dr. Adolf Göden, ehemaliges Mitglied des Frankfurter Parlaments im 78. Lebensjahre. Erst im vorigen Jahre gab er sein Amt als Kreisphysikus auf. 6) In München am 2. Mai n. St. der Reichenhaller Badearzt, Hofrath Dr. Max Schneider, im 61. Lebensjahre.

— Der deutsche Kaiser hat seinen Leibarzt, Generalarzt Dr. Wegner, in den Adelstand erhoben.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Ernst Wagner auf dem Lehrstuhl der inneren Klinik an der Universität Leipzig ist der Director des allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg, Dr. Curschmann gewählt worden. C. war vor seiner Berufung nach Hamburg Oberarzt des Berliner Krankenhauses Moabit und Docent an der Berliner Universität.

— Der Hungervirtuose *Secci* hat seine *30-tägigen Hungerversuche* in Florenz glücklich überstanden. Die Resultate der Beobachtungen während der Hungerperiode sollen recht interessante sein und werden in nächster Zeit von den wissenschaftlichen Autoritäten, welche *Secci* beaufsichtigten und beobachteten, veröffentlicht werden.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 1 Mai d. J. 6170 (119 mehr als in der Vorwoche), darunter 559 Typhus- (34 mehr), 622 Syphilis- (27 mehr), 36 Scharlach- (2 mehr), 12 Diphtherie- (3 weniger) und 3 Pockenkranke (5 weniger als in der Vorwoche).

— Aus *Singapore* und aus *Kaschmir* wird der Ausbruch der *Cholera* gemeldet.

— *Wie theuer Epidemien zu stehen kommen*, dafür liefert die im vorigen Herbste *in London herrschende Scharlachepidemie* wieder einen Beweis. Die durch dieselbe nothwendig gewordenen baulichen Erweiterungen der Krankenhäuser, Errichtung von Baracken und die innere Einrichtung der neuen Localitäten haben 53,900 Pfd. Sterling gekostet. Es hat also diese Londoner Scharlachepidemie weit über 600,000 Rbl. (nach dem jetzigen Course), ausser den Verpflegungs- und Verwaltungskosten verschlungen.

— Die «Nowosti» und andere Blätter bringen die Nachricht, dass der bekannte frühere Warschauer Specialist für Kehlkopfkrankheiten Dr. Hering, welcher in San Remo zweimal von Dr. Mackenzie zur Consultation beim Deutschen Kaiser berufen worden, gegenwärtig damit beschäftigt sei, eine Geschichte der Krankheit *Kaiser Friedrichs* abzufassen, und zwar auf Veranlassung Dr. Mackenzie's und mit Genehmigung des Kaisers. Wir wissen nicht, wo diese Blätter obige Nachricht hergenommen, möchten aber bezweifeln, dass Dr. Hering sich dazu verstehen und auch nur im Stande sein wird, nach nur zweimaligem Besuch beim kranken Kaiser eine specielle Geschichte seines bereits das zweite Jahr andauernden Kehlkopfleidens zu schreiben.

— Von der neuen medicinischen Zeitschrift unter dem Titel «*Wiener klinische Wochenschrift*», deren Erscheinen wir vor einiger Zeit angekündigt haben, liegt uns bereits die erste Nummer (vom 5. April dieses Jahres) vor. Die Zeitschrift erscheint mindestens 2 Bogen Grossquart wöchentlich unter der Redaction von Dr. Gustav Riehl im Verlage von Alfred Hölder in Wien. Nach dem Programm, welches die Proff. von Bamberger, Fuchs, Kundrat, Ludwig und v. Schrötter als Herausgeber und Glieder des Redactionscomités an der Spitze des Blattes entwickeln, hat eine grosse Anzahl von Mitgliedern der Wiener med. Facultät, von dem Streben geleitet, die heimische Publicistik auf dem Gebiete der praktischen Medicin auf ein höheres wissenschaftliches Niveau und auf einen würdigeren Standpunct zu erheben, sich zur Herausgabe dieser Zeitschrift entschlossen und sich verpflichtet, sowohl durch eigene Arbeiten, als die ihrer Assistenten und Schüler dieselbe zu fördern und zu unterstützen. Der Zweck des Blattes soll zunächst darin bestehen, dem praktischen Arzte aus allen Zweigen der angewandten Medicin und ihrer theoretischen Nebenfächer das wichtigste Neue in conciser Form zur Kenntniss zu bringen, und andererseits für kleinere Original-Arbeiten und interessante casuistische Mittheilungen eine passende Aufnahmestätte zu eröffnen. Insbesondere soll das reiche Material der Wiener Krankenanstalten, namentlich der Kliniken in weit ausgedehnterem Maasse als bisher verwerthet werden. Angelegenheiten, welche die Universität, den Unterricht, die Interessen des ärztl. Standes und einzelner Persönlichkeiten betreffen, sollen in rein objectiver Weise und in einer der Facultät würdigen Form besprochen werden. Ihre ständige Mitwirkung haben die Proff. Albert, Billroth, C. Braun, G. Braun, Breisky, Exner, Fernwald, Fleischl, Gruber, v. Hofmann, v. Markow, Meynert, Stricker, Toldt, Vogl und Widerhofer zugesagt; ausserdem werden in einem Verzeichniss weit über 100 Mitarbeiter (meist Professoren und Docenten der österr. Universitäten) namhaft gemacht. Der erste ärztliche Verein Oesterreichs, die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, hat die neue Zeitschrift zu ihrem Organ gemacht, wie auch zahlreiche ärztliche Vereine des In- und Auslandes ihre Sitzungsberichte zur Verfügung stellen werden.

Was den Inhalt der uns vorliegenden ersten Nummer betrifft, so enthält dieselbe 3 werthvolle Originalartikel, und zwar von Prof. Billroth: «Ueber die Ligatur der Schilddrüsenarterien behufs Einleitung der Atrophie von Kröpfen», von Prof. Bamberger: Ueber die Anwendbarkeit der Oertel'schen Heilmethode bei Klappenfehlern des Herzens», und von Prof. E. v. Hofmann: «Angebliche Nothzucht mit nachfolgender Blennorrhoe und hystero-epileptischen Anfällen. Fraglicher Geisteszustand». Es folgen sodann Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg, ein Referat über neuere Heilmittel v. Prof. Moeller (Insbruck), ein Bericht über Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Kehlkopfkrankheiten v. Docenten Dr. O. Chiari (Wien), ein Vergleich der Stadt Wien mit einigen anderen Städten bezüglich des Verhaltens der Infectionskrankheiten, eine Mittheilung aus dem neuen preussischen Instructionsbuch für Krankenträger der Sanitäts-Detachements, kleinere Notizen und Bekanntmachungen. Die durch ihre wissenschaftlichen Leistungen bekannten Männer, welche das Redactionscomité bilden, sowie die zahlreichen hervorragenden Mitarbeiter berechtigen zu der Annahme, dass die neue Zeitschrift sehr bald eine hervorragende Stellung in der medicinischen Publicistik sich erringen wird. Bf.

— In *Wien* betrug die Zahl der *Selbstmorde* im Jahre 1887 — 341 und zwar entfielen davon auf das männliche Geschlecht 273, auf das weibliche 68; Selbstmordversuche kamen 134 vor. Das jüngste Individuum in der Zahl der Selbstmörder war ein Mädchen von 15 Jahren, das älteste Individuum ein Greis von 75 Jahren. Als *Ursachen* des Selbstmords erscheinen, wie gewöhnlich, vorherrschend drückende Nothlage, Erwerbslosigkeit, zerrüttete Verhältnisse. Die Zahl Derjenigen, welche unglückliche Liebe zu dem verzweifelten

Schritte getrieben hat, nimmt von Jahr zu Jahr zu. Am häufigsten wurde durch Erhängen der Tod gewählt, nämlich von 125 Personen, darunter 10 Frauen. Die meisten Selbstmorde fallen in den Monat Mai. Die Zahl der Selbstmorde hat um 17 gegen das Jahr 1886 abgenommen. (Allg. med. Central-Ztg.).

— Decaisne erklärt den *Schwindel der Tabakraucher*, welchen er vor Kurzem in einer Sitzung der Pariser Académie de médecine zum Gegenstand eines Vortrages genommen, als Folge der durch das Nicotin erzeugten Contraction der Hirngefässe. In den meisten Fällen ist der Schwindel von Verdauungsstörungen, gesteigerter Harnsecretion, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Schweiss etc. begleitet. Die Mehrzahl der Fälle betrifft solche Raucher, die im nüchternen Zustande rauchen. Fast alle wurden vom Schwindel befreit, sobald sie nur nach dem Essen rauchten. Die Behandlung des Raucher-Schwindels besteht in Aufgeben oder Beschränkung des Rauchens, warmen Bädern, Abführmitteln; in vielen Fällen bewirkte eine subcutane Aetherinjection binnen 6—7 Minuten das Aufhören des Schwindels. — Dr. van Millingen hat während einer 15-jährigen Praxis in der Türkei und in der Levante keinen einzigen Fall von Tabakamblyopie gesehen. Der Grund hiefür liegt darin, dass die Intoxication eigentlich durch die Tabaksauce bedingt wird, welche nur bei unserer Art zu rauchen mit der Schleimhaut des Mundes in Berührung kommt, was bei der türkischen Nargileh nicht der Fall ist. (Wiener med. Presse).

— Ueber die *natürliche Volksvermehrung in verschiedenen europäischen Staaten* geben nachstehende Ziffern interessante Aufschlüsse. Die durchschnittliche Fruchtbarkeit der Bevölkerung wird durch die Geburtsziffer ausgedrückt, d. h. durch die Vergleichung der Zahl aller Geborenen (lebend und todt, ehelich oder unehelich) mit dem mittleren Stande der Bevölkerung. Lässt man bei dieser Vergleichung die Todtgeborenen, über welche nicht aus allen Ländern vollständige Nachrichten vorliegen, ausser Betracht, so ergiebt sich, dass während der Jahre 1873 bis 1886 auf je 1000 Personen des mittleren Bevölkerungsstandes jährlich im Durchschnitte in Ungarn 44,1, in Oesterreich 39,4, in Preussen 38,6, in Italien 37,0, in den Niederlanden 35,7, in England mit Wales 34,5, in Schottland 34,1, in Dänemark 32,0, in Belgien 31,5, in Norwegen 31,0, in Schweden 30,1, in der Schweiz 29,9, in Frankreich 25,2 und in Irland 25,0 Lebendgeborene entfallen. Während desselben Zeitraumes starben jedoch jährlich im Durchschnitte von je 1000 Personen der mittleren Bevölkerung in Ungarn 38,7, in Oesterreich 30,9, in Italien 28,7, in Preussen 26,7, in den Niederlanden 22,6, in Frankreich 22,4, in der Schweiz 22,2, in Belgien 21,2, in Schottland 20,6, in England mit Wales 20,4, in Dänemark 19,1, in Schweden und Irland 18,2 und in Norwegen 16,9. Der Unterschied zwischen der Geburts- und Sterbeziffer jedes Landes ergiebt die jährliche natürliche Bevölkerungsvermehrung für je 1000 Personen. Dieselbe betrug während der Jahre 1873—1886 in England mit Wales und in Norwegen 14,1, in Schottland 13,5, in den Niederlanden 13,1, in Preussen und Dänemark 12,9, in Schweden 11,9, in Belgien 10,3, in Oesterreich 8,5, in Italien 8,3, in der Schweiz 7,7, in Irland 6,8, in Ungarn 5,4 und in Frankreich nur 2,8. Im ganzen nördlichen Europa mit Ausschluss von Irland, aber mit Einschluss von Preussen, Holland und Belgien beträgt die natürliche Bevölkerungsvermehrung jährlich mehr als 1%, in den mitteleuropäischen Staaten mit Ausnahme Frankreichs sinkt sie nirgends unter 0,5% und nur in Frankreich bis unter 0,3% herab. In Ungarn ist die natürliche Bevölkerungsvermehrung der Magyaren ebenfalls sehr gering, die der Deutschen, Juden und namentlich Rumänen dagegen grösser, als sie für die Gesammtbevölkerung angegeben wurde. (Statist. Corresp. — Arztl. Vereinbl.).

— Boulland empfiehlt *Federkiele*, welche vorher in Natronlauge weichgekocht sind, als *Drainröhren*, namentlich in Fällen, in welchen man gerade kein anderes passendes Drainrohr zur Hand hat. Dieselben haben noch den Vorzug, dass sie durchsichtig sind.
(Journ. de la Soc. méd. — Prager med. Wochenschr.)

— Ein *neues Hypnoticum*, von seinen Darstellern Kast und Baumann in Freiburg *„Sulfonal“* genannt, welches der Gruppe der Disulfone angehört und die Formel $(SO_2 C_2 H_5)_2$ hat, wird neuerdings empfohlen. Es ist eine in farblosen Tafeln krystallisirende vollkommen geruch- und geschmacklose Substanz, die sich in Alcohol und siedendem Wasser leicht, in kaltem Wasser aber schwer löst. Bei Versuchen an Thieren bewirkte das Sulfonal ataktische Bewegungsstörungen, die Thiere taumeln wie betrunken hin und her, bis sie ermüdet hinsinken und in Schlaf verfallen. Bei Menschen wurden solche Motilitätsstörungen und Betäubung nach dem Einnehmen von Sulfonal nicht beobachtet, es tritt nur Schlafbedürfniss ein. Mit einer Gabe von 1—3 Gramm konnte bei krankhafter Schlaflosigkeit (aus den verschiedensten Ursachen) nach ½—2 Stunden ein 5—8 Stunden währender normaler Schlaf erzielt werden, aus dem die Kranken erquickt und ohne unangenehme Nachwirkungen erwachten. Dr. Rabbas, der dieses Mittel in der Marburger psychiatrischen Klinik in mehr als 220 Fällen bei den verschiedensten Kranken angewandt hat, bestätigt in der „Berl. klin. Wochenschr.“ (№ 17) diese Erfahrungen. Er fand, dass das Sulfonal in mittleren Dosen von 2—3 Gramm (in einem Weinglase Wasser) sicherer und besser wirkt als Amylenhydrat und Paraldehyd in grösseren Dosen, selbst bei solchen Personen, die sich an Narcotica gewöhnt haben. Chloralhydrat bewirkt freilich schneller Schlaf, jedoch ist derselbe nicht so lange andauernd, wie nach Sulfonal, welches ausserdem den grossen Vorzug vor dem Chloral hat, dass es nicht wie dieses eine schwächende Wirkung auf das Herz ausübt. Irgend welche schlimme Wirkungen hat R. selbst bei grösseren Dosen (4 Gramm) und nach längerem Gebrauch des Sulfonal nicht gesehen. Nur in einigen Fällen blieb das Mittel wirkungslos. Bf.

— In Paris erfreute sich ein gewisser *Marcellin L.* als *„Wunderdoctor“* eines grossen Zulaufes von Kranken aller Art und aus allen Ständen. Bei dem Polizeicommissar des betr. Stadttheils liefen nun zahlreiche *Denunciationen* gegen denselben wegen unbefugter Ausübung der ärztlichen Praxis ein, was den Commissar veranlasste, den Wunderdoctor vorzuladen. Der Vorgeladene erklärte bei seiner Vernehmung, dass die Denunciationen durchaus unbegründet seien, da er das Recht habe, den ärztlichen Beruf auszuüben, was er denn auch durch ein in aller Form ausgestelltes *Doctordiplom* nachwies. Auf die Bemerkung des Commissars, dass er dann nicht begreife, weshalb L. seinen wirklichen Titel verberge, erzählte dieser, dass er mit 27 Jahren sich das Doctordiplom erworben und sich eine eigene Wohnung gemiethet habe, um sich eine Praxis zu verschaffen. Es fehlte auch nicht an Patienten, aber sie zahlten nicht und so sah er sich denn in kurzer Zeit auf dem Trocknen. Er war genöthigt, seine Habe zu verkaufen, um seine Gläubiger zu befriedigen und beschloss, sein Glück in Amerika zu versuchen. Als er dort sich eine kleine Summe erspart hatte, trieb ihn das Heimweh nach Paris zurück, wo er ein kleines kaufmännisches Geschäft eröffnete, da er zu einer Wiederholung seiner Erfahrungen auf dem Gebiete der ärztlichen Praxis die Lust verloren hatte. Durch gelegentliche Curen, die er bei Nachbarn machte, kam er bald in den Ruf eines *Wunderdoctors. Die Hülfesuchenden drängten sich zu seinen Sprechstunden und da sie es ja mit keinem wirklichen Doctor zu thun zu haben meinten, bezahlten sie ihm regelmässig und reichlich.* Er erkannte, dass *der Charlatanismus mehr einbringt, als alle Wissenschaft* — und diese Erkenntniss hat ihn zum reichen Manne gemacht. Seit mehr als 10 Jahren übt er denn seine Praxis aus, ohne einem seiner Patienten zu sagen, dass er ein wirklicher Arzt sei. Er hat schliesslich den Commissar, das gleichfalls Niemandem zu verrathen.
(Gaulois — Allg. Med. Ctrl.-Ztg.)

Vacanzen.

— *Landschaftsarztstelle* im Kreise *Urshum* des Gouvernement *Wjatka*. Gehalt 1500 R. nebst freier Wohnung; die Amtsfahrten auf Kosten der Landschaft. Der Arzt hat ausser dem Krankenhause im Kirchdorfe Ssernura noch einen medicinischen Bezirk zu besorgen. Meldungen werden bis zum 15. Mai entgegengenommen unter der Adresse: „Уржумская Уѣздная Земская Управа, Вятской губ“.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 24. bis 30. April 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
438	371	809	130	99	151	9	10	23	93	72	60	54	55	34	16	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 47, Scharlach 9, Diphtherie 8, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 46, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 128, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 34, Krankheiten des Verdauungscanals 97, Todtgeborene 21.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	15.—21. April	2579	31,4	—	1552	18,9
Paris	2 260 945	15.—21. April	1198	27,6	86	1115	25,9
Brüssel	181 270	8.—14. April	93	26,7	1	106	30,4
Stockholm	221 549	8.—14. April	136	31,8	6	92	21,6
Kopenhagen	300 000	18.—24. April	198	34,3	4	141	24,4
Berlin	1 414 980	15.—21. April	775	28,5	31	558	20,5
Wien	800 836	15.—21. April	574	37,3	47	469	30,4
Pest	442 787	8.—14. April	333	39,0	20	308	36,2
Warschau	439 174	8.—14. April	367	43,4	24	194	23,0
Odessa	280 000	15.—21. April	—	—	8	102	19,8
St. Petersburg	861 303	22.—28. April	499	30,4	21	796	48,0

XIII. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. Wahl, Dorpat. Dr. Th. v. Schröder, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 20. St. Petersburg, 14. (26) Mai 1888.

Das letzte Decennium der Geburtshülfe.

(Antrittsvorlesung, gehalten in der Aula der Universität Dorpat am 29. März (10. April).

Von

Prof. Dr. Otto Küstner.

Als vor jetzt 4¹/₄ Jahren mein Vorgänger im Amte an dieser geweihten Stelle in einer gleichen feierlichen Versammlung, in derselben Function wie ich heute, stand, legte er dar, welche Auffassung er demjenigen Zweige der Wissenschaft, welcher in ihm in Zukunft an dieser Hochschule den beauftragten Vertreter fand, eingeräumt wissen wollte, nämlich als einen solidarisch zum Ganzen gehörigen Theil der gesammten grossen medicinischen Wissenschaft.

Es ist vielleicht das schönste Progamm, welches ein in den Lehrkörper einer Universität neu hineinberufener Professor bei Gelegenheit seines feierlichen Amtsantrittes entrollen kann, dass er *seine* Wissenschaft als einen Theil des grossen Ganzen proclamirt, dass er bekundet, auch *sein* bisheriges und sein künftiges Streben und Lehren sei ein Arbeiten an der edelsten Aufgabe, die uns gesetzt ist, ein Arbeiten an der Vervollkommnung der menschlichen Erkenntniss.

Runge hat das in grossen Zügen gethan, er hat an zahlreichen Beispielen gezeigt, wie eng die Geburtshülfe und Gynäkologie mit der gesammten Medicin verknüpft ist, anatomische, physiologische, chirurgische, medicinische Arbeiten bilden die Brücken von der Geburtshülfe und Gynäkologie zu den Grenzgebieten; auf breiten Strecken begegnet sich der Geburtshelfer und Gynäkologe mit den Vertretern der übrigen medicinischen Disciplinen.

Diese engen Beziehungen zu den anderen medicinischen Disciplinen, und auch das zeigte Runge, sind im Wesentlichen erst geknüpft worden in den *allerletzten* Decennien, erst die *letzten* Lustra haben die Geburtshülfe und die weit jüngere Schwesterwissenschaft die Gynäkologie aus ihrer isolirten Specialstellung befreit und sie der *Mutter*wissenschaft wieder gewonnen.

Es ist a priori sehr wahrscheinlich, dass diese Wiederknüpfung natürlicher Bande der Geburtshülfe und Gynäkologie zum Nutzen gereichen musste und dass sie Ausdruck finden musste in *Fortschritten* auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie selbst.

Dass diese Fortschritte so durchgreifend und so fundamentaler Natur, wie thatsächlich der Fall ist, waren, das kann seinen Grund nur darin haben, dass die gesammte Medicin in den letzten Decennien überhaupt im rapidesten Tempo Bewegungen erfahren hat, die man als Fortschritte bezeichnen muss.

Für die *Gynäkologie* ist diese Thatsache fast zu bekannt. Die Gynäkologie, wie sie heute ist, verglichen mit der vor 10 oder gar 20 Jahren, ist nicht wieder zu erkennen, aus ihr ist überhaupt etwas ganz anderes geworden.

Für die *Geburtshülfe* aber hörte man noch vor Kurzem das wiederholt nachgesprochene und nachgeschriebene, deswegen aber nicht wahrere Wort, dass sie eine im grossen Ganzen stabile, nach aussen abgerundete, wenig veränderungs- und verbesserungsfähige Disciplin sei.

Soll sich dieses Urtheil auf die rein praktische, mehr technische Geburtshülfe beziehen, so ist es sehr leicht mit einigen Zahlen bereits zu widerlegen. Oder es bezieht sich auf die Geburtshülfe als Wissenschaft, dann ist es ebenso falsch und auch nicht schwer als falsch zu erweisen. Möchte ich nun schon nicht gern ohne weiteres die Heil*kunst*, das *Technische* von der *Wissenschaft* getrennt wissen; sehr häufig erweist sich ja in der praktischen Medicin ein anscheinend unbedeutender Technicismus bei genauem genetischen Studium als die Frucht, zu welcher eine Reihe rein wissenschaftlicher Arbeiten gereift ist, — ein Blick auf das letzte Decennium rückwärts oder wenig mehr lehrt uns zur Genüge, dass die Geburtshülfe als eine Heil*kunst* enorme Fortschritte gemacht hat, als *Wissenschaft* nicht weniger. Ich halte es für möglich, dass ich Ihnen in der kurzen Spanne Zeit, wie die mir vorgeschriebene Stunde ist, erweisen kann, dass auch die Geburtshülfe im letzten Decennium einen Umschwung erfahren hat, welcher gleichwerthig ist dem grössten, den sie je erfuhr, und dass das letzte Decennium für die Geburtshülfe eine Epoche darstellt, wie eine grössere wohl kaum in ihrer Geschichte verzeichnet steht. Ich halte es für möglich, Ihnen das an wenigen Hauptpuncten darthun zu können.

Das enge Becken beherrscht die heutige Geburtshülfe, ja füllt sie fast ganz aus, sagte noch 1881 Spiegel-

berg in gerechtem Stolze auf die Errungenschaften, die Dank der Untersuchungen besonders von Michaelis und Litzmann auf diesem Gebiete gewonnen waren. Während man vor Michaelis schon über 100 Jahre lang Kenntniss davon hatte, dass der knöcherne Beckenring weit und auch eng sein könne, so eng, dass er die Passage eines reifen unzerstückelten, ja unter Umständen selbst eines zerstückelten Kindes nicht zulässt, während man auch bereits seit Anfang des 18. Jahrhunderts, also seit Deventer einige Hauptformen des engen Beckens unterschied, das was in allen Durchmessern zu eng war, und das, was nur in den geraden Durchmessern oder auch wohl nur in dem geraden Durchmesser des Einganges zu eng war, war es das Verdienst von Michaelis und seinem Nachfolger Litzmann in Kiel zuerst durch sorgfältige klinische Beobachtungen den Geburtsverlauf beim engen Becken zu studiren. Durch einen eminenten Fleiss, welcher in den beiden schönen Werken «das enge Becken» und «die Geburt bei engem Becken» gekrönt ist, zweier Werke, wie sie auf diesem Gebiete keine andere Nation aufzuweisen hat, stellen sie, besonders Litzmann, die Maassgrenzen bei den verschiedenen Formen des engen Beckens fest, bis zu welchen hinab die Geburt eines lebenden Kindes möglich war, sie lehrten die Eigenthümlichkeiten des Geburtsmechanismus kennen, sie lehrten den Einfluss der Beckenverengung auf den Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt im Allgemeinen kennen und kennzeichneten eine Reihe von Anomalien im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt lediglich als Folgen der Beckenverengung, als typisch, ja bis zu einem gewissen Grade pathognostisch für den Verlauf bei engem Becken, welche bis dahin losgelöst und unabhängig von der Beckenverengung betrachtet, mehr als Zufälligkeiten aufgefasst worden waren.

Durch diese Untersuchungen wurde der Lehre vom engen Becken erst ein wissenschaftlicher Boden geschaffen, auf diese Untersuchungen erst wurde eine rationelle Therapie der Geburt bei engem Becken gegründet. Man wusste von jetzt an, dass bei den mässigen Graden der Beckenverengung die Geburten am günstigsten für Mutter und Kind durch die Naturkräfte zu Ende geführt werden, unter Voraussetzung der für die einzelnen Formen der Beckenverengung typischen, wenn auch sonst vielleicht pathologischen Einstellung des vorliegenden Kindestheiles. Man hatte durch Michaelis' und Litzmann's Beobachtungen kennen gelernt, wie grosse Leistungen man den Naturkräften zutrauen konnte und musste, man kam zurück von einer gerade bei mittleren Beckenverengungen für Mutter und Kind unheilvollen indicationslosen Vielgeschäftigkeit.

Soweit es mit der damaligen noch recht unvollkommenen Beckendiagnostik möglich war, wurde diejenige Beckenverengung kennen gelernt, unter welcher die Geburt eines reifen Kindes nicht mehr möglich war; die höchsten Grade der Beckenverengung, welche die Geburt weder eines unreifen lebensfähigen, noch eines reifen zerstückelten Kindes gestatteten, waren ja immer so sinnfällig, dass sie auch den Beobachtungen früherer Zeiten nicht entgehen konnten. Ausser dem Hinweis zu einem rationellen diätetischen Verfahren für die Geburten bei mässiger Beckenenge war durch Michaelis-Litzmann eine Basis für eine rationelle Indicationsstellung der künstlichen Frühgeburt gewonnen worden.

Detaillirt ausgedrückt gestalten sich jetzt für das enge Becken die Verhältnisse so:

Bis zu einem Durchmesser des Einganges von 9 Ctm. herunter expectativ-diätetisches Verfahren und Therapie nur durch die Individualität des Falles indicirt. Zwischen 9 und 7 Ctm. künstliche Frühgeburt. Unter 7 Ctm. bietet auch die künstliche Frühgeburt keine Aussichten mehr.

Nun liegen aber in praxi die Verhältnisse nicht so, dass man alle Gebärenden schon als Schwangere kennen gelernt hat und ihnen geeigneten Falles die ihren Beckenverhältnissen entsprechende Frühgeburt vorschlagen konnte. Bei diesen, also den weitaus meisten Fällen ist man vor die Situation gestellt, wo ein reifes Kind zu gross ist, um durch das Becken passiren zu können. Rein theoretisch lautete auf diese Complication die Antwort so: Da wir beflissen sein müssen, das mütterliche und das kindliche Leben zu erhalten, so ist der Kaiserschnitt die einzig mögliche Therapie.

Und so fehlte es denn auch schon damals nicht an Vertretern der Ansicht, dass man auch, wie es heute heisst, bei *relativer* Indication den Kaiserschnitt ausführen soll, d. h. auch bei denjenigen Beckenverengungen, welche die Geburt zwar nicht eines ganzen, aber doch eines *zerstückelten* Kindes zulassen würden — freilich in den meisten Fällen ohne durch den Erfolg ihre Indicationsstellung zu rechtfertigen.

Der Kaiserschnitt war vor 1876 eine äusserst gefährliche, fast sicher todtbringende Operation; man rettete durch dieselbe nicht Mutter und Kind, sondern die Mutter fast *nie*, und das Kind, welches man in eine Welt ohne mütterliche Liebe hinein rettete, meist nur auf ein Leben von kürzester Frist.

Diejenigen, welche mit den Thatsachen rechneten und sich über den Erfolg des Kaiserschnittes keine Illusionen machten, formulirten ihre Indicationen für die in Rede stehenden mittleren Grade von Beckenenge praktischer, indem sie berücksichtigen, dass beim Kaiserschnitt mit grösster Wahrscheinlichkeit die Mutter geopfert ist, mit sehr grosser aber auch das Kind, da es in der ersten Lebenszeit der mütterlichen Pflege entbehrt. Leistet man nun von vornherein Verzicht auf das kindliche Leben, opfert man dasselbe, so hat die Mutter ungleich günstigere Chancen mit dem Leben davon zu kommen. Durch die durch die Beckenenge bedingte lange Geburtsdauer stirbt um irgend welche Zeit das Kind fast regelmässig ab; dann perforire man den Kindskopf und extrahire das Kind durch die natürlichen Wege; oder man gebe die Kreissende auch nicht der Gefahr einer langen Geburtsdauer preis, sondern perforire zielbewusst das lebende Kind und rette so mit noch grösserer Sicherheit die Mutter. Getreu diesem Princip wurden z. B. in 100 Perforationsfällen der Leipziger Klinik und Poliklinik 64 noch lebende Kinder perforirt.

Auf Erwägungen, welche sich häufig an dieses therapeutische Dilemma knüpften über die Verschiedenwerthigkeit eines mütterlichen und eines kindlichen Lebens, Erwägungen, welche von einem halbvolkswirthschaftlichen Standpuncte aus gepflogen wurden, will ich nicht eingehen.

So war also vor dem Jahre 1876 die Stellung der praktischen Geburtshülfe die, dass bei den Beckenverengungen II. Grades die *meisten Kinder* geopfert werden mussten; bei den Beckenverengungen III. und höchsten Grades, bei welchen auch ein zerstückeltes Kind die natürlichen Wege nicht passiren kann, die bei Weitem *meisten Mütter* — diese fielen dem Kaiserschnitt zum Opfer und *sehr viele Kinder*, weil sie der mütterlichen Pflege entbehrten; einige starben auch noch während der Operation.

Eine einigermaassen zuverlässige Statistik, welche uns ein Bild über die Resultate des Kaiserschnittes bis vor ungefähr 10 Jahren giebt, ist kaum zu finden und kaum zusammenzustellen. Gewöhnlich hiess es damals in unseren Lehrbüchern, die Mortalität des Kaiserschnittes betrage 85% und darüber; dabei verhehlte sich aber Niemand, dass eine grosse Anzahl von Kaiserschnitten, weil nicht veröffentlicht, zur Statistik *nicht* mit verwendet sind, und dass die nicht veröffentlichten *nur* solche mit ungünstigem Ausgang betreffen. Aeltere Zahlen, nach welchen der Kaiserschnitt eine günstigere Prognose ergeben habe, sind aus diesem selben Grunde nicht zu verwerthen.

Auf der grossen geburtshülfl. Abtheilung Wiens, wo jährlich mindestens 5000 Geburten vorkommen, ist in dem Zeitraume von 1800 bis zum 22. Juni 1877, also über 3/4 Jahrhundert, *kein einziger* Kaiserschnitt durchgekommen, und in diesem bemerkenswerthen Resultate liessen sich die grossen Kliniken von Paris, London, Amsterdam und eine ganze Anzahl deutscher Kliniken dem Wiener Gebärhaus würdig an die Seite stellen. Der Kaiserschnitt war mit einer Wahr-

scheinlichkeit von über 95% eine todtbringende Operation, eine Thatsache, die in dieser grauenvollen ziffermässigen Zuverlässigkeit früher weniger bekannt geworden ist.

Schon hatte Lister seinen Triumphzug durch Deutschland begonnen, schon dampften seit Jahren auch auf den geburtshülflich-gynäkologischen Kliniken die Riesensprays — der Kaiserschnitt blieb eine fast mit Sicherheit todtbringende Operation.

Da erschien 1876 eine Publication des Mailänder Professor Porro: Dell' amputatione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. Porro hatte bei einem Kaiserschnitt eine sehr erhebliche Blutung aus der Uteruswunde erlebt. Die Blutung war nicht zu stillen gewesen; da griff er zu dem bereit gelegten Drahtschnürer, umschnürte Uterus sammt seiner Adnexa an der Basis und — naturgemäss die Blutung stand. Ein Abnehmen des Drahtschnürers hätte die Blutung wiederkehren lassen, ein Liegenlassen hätte die Necrose der abgeschnürten Theile zur Folge gehabt. — Kurz entschlossen, Porro amputirte oberhalb des Drahtecraseurs Uterus und Adnexa, liess das Instrument liegen, den nach oben gelegenen Theil der Bauchwunde vereinigte er; die Frau kam durch und seitdem war die Geburtshülfe um die Porro'sche Methode des Kaiserschnittes bereichert.

Diese Methode passte gut in den Rahmen der damaligen Anschauungen hinein. Es wurde mit ihr dasjenige Organ entfernt, welches man als die Hauptbrutstätte für das septische Infectionsmaterial stets mit ganz besonderem Misstrauen betrachtet und behandelt hatte, eine Anzahl weiterer glücklicher Operationen stützte die Theorie; einige Jahre später konnte man auf Grund einer stattlichen Casuistik einen Procentsatz von ungefähr nur 50% Mortalität für den Kaiserschnitt und zwar für den Porro'schen Kaiserschnitt herausrechnen. Die schwere Verstümmelung, welche die Operation involvirt, wodurch das Weib entweibt wird, konnte nicht dagegen sprechen, hatte doch selbst der Bischof von Pavia darum befragt, sich *dafür* ausgesprochen.

Erst im 2. Jahre dieses Jahrzehntes regten sich Stimmen zur Rehabilitirung des alten *classischen* Kaiserschnittes.

Die richtige Beantwortung einer rein technologischen Frage war es, mit Berücksichtigung neuerworbener Kenntnisse auf dem Gebiete der Anatomie des Uterus, welche das A und das O dieser für die gänzliche Umgestaltung des Kaiserschnittes bedeutungsvollen Bewegung werden sollte. Kehrer als erster, Saenger als zweiter gaben, um vermutheten Schwierigkeiten bei der blutigen Naht des Uterus zu begegnen, jeder eine eigene Methode an, welche die bei der Darmnaht geltenden Principien benutzend, als Charakteristisches, Wesentliches und Gemeinsames hatten, dass das Peritonäum in die Wunde eingefalzt wurde, so dass die Eigenschaft dieser Haut, sehr leicht zu verkleben, einem schnellen Heilen der Uteruswunde zu Gute kommen musste.

So richtig es war, dass ein promptes Verheilen der Uteruswunde die Chancen des Kaiserschnittes wesentlich günstiger gestalten musste, so betraten beide, die Dinge vom heutigen Standpuncte betrachtet, Irrwege; Kehrer nämlich schnitt den Uterus an einer Stelle ein, wo das Peritonäum besonders leicht verschieblich ist, etwa in der Höhe des inneren Muttermundes und zwar *quer*; Saenger schnitt *längs* ein, aber resecirte die Uteruswand, um eine Einfalzung des Peritonäums zu ermöglichen. Da die Voraussetzung, dass die Uteruswand ebenso schwer zum Verheilen zu bringen sei als die Darmwand nicht richtig war, so waren auch die darauf gegründeten Nahtmethoden nicht richtig.

Fünf Jahre sind wieder seit den ersten Kehrer-Saenger'schen Publicationen vergangen. Kein Praktiker denkt mehr an den Kehrer'schen Querschnitt, keiner mehr an die Saenger'sche Muskelresection. Die Technik des Kaiserschnittes ist zur klassischen Einfachheit zurückgekehrt; er unterscheidet sich in seiner jetzt bestehenden Form um ebensoviel von Kehrer's wie von Saenger's Methode; trotzdem lieben es Viele ihn den Saenger-schen Kaiserschnitt zu nennen. Ich will Niemandem berechtigte Verdienste absprechen. Will man aber dem klassischen Kaiserschnitt aus der neuesten Periode der Geschichte der Irrthümer einen Namen geben, so hat der Kehrer's ebensoviel, oder wegen der Priorität noch mehr Anrechte darauf, als der Saenger's. *Das* Verdienst aber lässt diesen beiden die Wissenschaft gern. Sie haben dadurch, dass sie das Hauptgewicht auf eine sorgfältige Behandlung der Uteruswunde legten die Bewegung inaugurirt, in welcher wir jetzt stehen und welche zum Ziele haben wird, dass mit Hülfe einer rationellen Asepsis binnen kurzer Zeit der Kaiserschnitt denselben Procentsatz an Geretteten ergeben wird, welchen er noch vor etwa einem Decennium an Todten lieferte.

Für den gewandten Operateur, welcher häufig Laparotomien gemacht hat, stellt heute der Kaiserschnitt eine sehr typische Operation dar, durch welche man, wenn sonst nicht vor der Operation schwere Infection stattgefunden hat, Niemand verlieren darf. So hat Leopold u. A. m. bereits grössere Serien von Kaiserschnitten ganz ohne selbstverschuldete Verluste aufzuweisen.

Sonach dürfen wir heute den Kaiserschnitt als seiner Gefährlichkeit entkleidet betrachten; wir brauchen heute nicht mehr das kindliche Leben zu opfern durch die Perforation, um das mütterliche zu retten oder das mütterliche durch den Kaiserschnitt zu vernichten, um das kindliche zu erhalten, sondern wir können beide retten — durch den Kaiserschnitt.

Jeder bedeutungsvolle Eingriff darf nur auf strenge Indicationen hin erfolgen und so auch der Kaiserschnitt. Diesem Postulat ist mit unserer alten und meist verwendeten Beckendiagnostik nicht zu genügen. Man konnte nämlich bis vor kurzem nur *den* oder höchstens *die* geraden Durchmesser des Beckens messen — die Grösse der *queren* wurde erschlossen — jeder Geburtshelfer war sich dessen bewusst, dass das Trugschlüsse waren, jeder aber machte sie in Ermangelung anderer Möglichkeiten nach.

Die Querdurchmesser des Beckens zu kennen ist von derselben hohen Bedeutung, als die geraden.

Wir wissen z. B., dass ein Becken, welches einen geraden Durchmesser von blos 7½ Ctm. (anstatt der normalen 10½), dabei aber normal grosse Querdurchmesser hat, unter günstigen Umständen noch die Geburt eines reifen Kindes gestattet. Andererseits gestattet ein Becken von 8½ Ctm. ja auch noch mehr geraden Durchmesser und entsprechend verkürzten Querdurchmessern die Geburt eines reifen Kindes nicht mehr. Dieses Becken mit 8½ geraden Durchmesser des Einganges würde daher unter Umständen die Indication für den *Kaiserschnitt* abgeben, das andere mit 7½ Conjugata würde noch die *Geburt* durch die *Naturkräfte* zulassen. Diese Parallele macht die hohe praktische Bedeutung einer genauen Kenntniss der *Querdurchmesser* des Beckens ersichtlich.

Die ersten erfolgreichen Versuche, die Querdurchmesser des Beckens genau zu messen, datiren von mir aus dem Jahre 1881. In demselben Jahre publicirte Freund in Strassburg ein anderes Verfahren. Die nöthigen Apparate waren nicht uncomplicirt, die Anwendung der Apparate nicht ganz einfach, sie musste erlernt werden. Zwar haben sich einige wenige, unter denen Skutsch in Jena hervorzuheben ist, diesen Bestrebungen geneigt gezeigt, sie haben an den Methoden gebessert, die Apparate nach ihrer Individualität geändert. Die Allgemeinheit aber steht diesen Bestrebungen gegenüber noch auf einem ablehnenden Standpuncte, welchen wir gerade auf dem Gebiete der Beckendiagnostik zu allen Zeiten auch von Männern, welche auf anderen Gebieten führend auftraten, eingenommen sehen.

Das Bedürfniss mit physikalischen und exacten Methoden den Organismus zu untersuchen, ein Bedürfniss, welches der innere Kliniker, der Chirurg, der Augenarzt längst empfand und welches auf ihren Gebieten zu den subtilsten und elegantesten Methoden erblüht ist, ist auf dem Gebiete der Beckendiagnostik im Allgemeinen noch latent; doch wird es auch hier erwachen, die Indicationen werden mit mathema-

tischer Schärfe gestellt werden können und dann, aber auch erst dann — wird der Kaiserschnitt seinen stolzen Namen mit Recht tragen.

Mussten wir nun schon bei der eben skizzirten Entwickelung des Kaiserschnittes die Wahrnehmung machen, dass es nicht direct die Antisepsis war, welche die fundamentale Umgestaltung dieser Operation bedingte, in ähnlicher Weise ist das der Fall bei einer Anomalie, welche ebenfalls häufig die Laparotomie indicirt, — bei der *Extrauterinschwangerschaft*.

Bis zum Jahre 1881 liess sich die Lehre von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter in folgende wenige Sätze zusammenfassen: Das befruchtete Ei entwickelt sich entweder im Cavum des Graaf'schen Follikels weiter, dehnt den Eierstock zu einem Fruchtsack aus, oder das befruchtete Ei fällt in die Abdominalhöhle, entwickelt sich hier weiter und wird durch die reactive Entzündung des Peritonäums in einen Fruchtsack von Pseudomembranen eingehüllt, oder endlich das befruchtete Ei bleibt bei seiner Wanderung nach dem Uterus irgend wo in der Tube stecken und entwickelt sich hier weiter. Man unterschied sonach eine Ovarial-, eine Abdominal- und eine Tubenschwangerschaft.

Die Ovarialschwangerschaft hielt man für selten, manche — ich nenne Collet y Gurguy — bezweifelten sogar ihr Vorkommen trotz des Walter'schen Falles, welcher die *Dorpater* Sammlung ziert und welcher als einer der klinisch bestbeobachteten und als der anatomisch bestbeschriebene immer mustergültig sein wird, wenn auch viele von den späteren Beschreibungen von Extrauterinschwangerschaft von diesem Muster keinen Nutzen gezogen haben. Von der Tubenschwangerschaft nahm man an, dass sie in den weitaus meisten Fällen mit der Berstung des Fruchtsackes endige; dieselbe trete meist in den ersten Schwangerschaftsmonaten ein, und führe ausserordentlich häufig durch Verblutung zum Tode der Trägerin. Die Abdominalschwangerschaft dagegen eröffne für die Trägerin insofern eine relativ günstige Prognose, weil der hier nicht durch ein Organ gebildete Fruchthalter nicht in so hohem Maasse wie bei Tuben- und Ovarialgravidität zum Bersten disponire. Hier werde die Frucht häufiger ausgetragen, sterbe dann ab und werde an der Oberfläche mit Kalksalzen incrustirt, als ein aus den vitalen Beziehungen des Organismus ausgeschalteter Fremdkörper weiter getragen, oder werde successive durch Eiterung eliminirt, zwei Möglichkeiten, welche für die Ovarial- und besonders für die Tubengravidität ebenfalls, wenn auch weit seltener zutreffen könnten. (Schluss folgt.)

Referate.

Die Heilung des Milzbrandes.

Von

Dr. Rudolph Emmerich.

(Archiv für Hygiene. Band 6, Heft 4).

Referirt von Dr. J. Ucke.

Auf kein Problem wurde so viel Arbeit, so viel Kraft und Scharfsinn verwendet, wie auf die Auffindung von Heilmethoden der menschlichen Krankheiten, insbesondere der Infectionskrankheiten, das Ideal und Endziel aller Forschungsbestrebungen. Leider sind die Erfolge dieser seit Jahrhunderten fortgesetzten Riesenarbeit so gering, dass sie sich statistisch nicht durch die Mortalitätsziffer nachweisen lassen. Nur ein Zufall hat zur Schutzpockenimpfung und zur Anwendung des Chinins bei der Malaria geführt. Erst die Erfolge Pasteur's haben wohlbegründete Anhaltspuncte für die Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie gegeben, welche sich auf die Erforschung der Krankheitsätiologie gründete. Wir kennen sichere Gifte zur Vernichtung der bacteriellen Krankheitserreger, leider aber wirken diese Mittel auf die Zellen des Körpers ebenso giftig, wie auf die pathogenen Bacterien. Dieser Weg der Bekämpfung der Infectionskrankheiten durch Antiseptica bietet daher wenig Aussicht auf Erfolg. Da viele Bacterien durch Ausscheidung und Production giftiger Stoffe zu wirken scheinen, so könnte man an die Möglichkeit denken, durch entsprechende chemische Mittel diese im Organismus erzeugten Gifte in unschädliche Verbindungen überzuführen. Aber diese Bacteriengifte sind noch wenig bekannt, chemisch nicht definirt und deshalb wenig Aussicht für Auffindung entsprechender Gegengifte. — Dann giebt es noch eine Verdrängungs- oder Ueberwucherungstheorie. Der Kampf um's Dasein hat nicht nur für die Menschen und höheren Thiere, sondern für alles Lebende die gleiche grossartige Bedeutung, und gerade bei Pilzen lässt sich dieser am besten überblicken und verfolgen, weil er hier in wenigen Stunden ganze Generationen verschlingt. Hier haben wir schon einen tieferen Einblick gewonnen, so dass wir hier vorausbestimmen können, unter welchen Bedingungen, auf welchem Terrain, bei welchem Klima, bei welcher Ernährung, die eine Art die andere besiegen und vernichten wird. Mit dieser Theorie hat die folgende Arbeit nichts zu schaffen, weil bei diesem Kampfe eine Macht nicht in Rechnung gebracht ist, die ohne alles Zuthun unsererseits in den meisten Fällen der pathogenen Bacterien Herr wird: die Körperzellen.

In der folgenden Darstellung der Arbeit Emmerich's, welche die Vernichtung der Milzbrandbacillen im Thierkörper zum Vorwurfe hat, ist von Seiten des Referenten alles Technische weggelassen und nur die Art, der Gang und die Resultate seiner Untersuchungen gegeben, weil sie für Nichtspecialisten bestimmt ist, denen das grosse Detail den Ueberblick erschwert, ohne Interesse zu erwecken. Der Name des Verfassers macht es selbstverständlich, dass die ganze Untersuchung mit allen wissenschaftlichen Cautelen der Jetztzeit ausgeführt ist.

Emmerich hatte während der letzten Choleraepidemie in Neapel eine Bacterienart rein gezüchtet, welche für Meerschweinchen sehr pathogen war, sie starben nach subcutaner Injection nach 24—48 Stunden. Mit diesen Spaltpilzen arbeitend, traf es sich, dass er Mangel an Versuchsthieren hatte, namentlich an Meerschweinchen. Er verwendete darum zu einem Versuche ein solches Thier, das 10 Tage früher mit einer Reincultur von Erysipelaskokken inficirt worden war. Es hatte bis dahin keine Krankheitssymptome gezeigt und schien vollständig gesund zu sein, so dass man annehmen konnte, dass die Erysipelaskokken nicht zur Entwicklung gelangt oder aus dem Körper eliminirt waren. Es wurde zugleich mit einem anderen mit einer Bodenbacillencultur aus einer Fleischwasserpepton-Kochsalzlösung inficirt. Beide Thiere erkrankten und starben: das mit Erysipelkokken inficirte nach 52 Stunden, das andere nach 32 Stunden. Das Resultat der Plattenuntersuchung der inneren Organe war bei beiden Thieren auffallend verschieden. Auf den Nährgelatineplatten des 2. Thieres wuchsen in enormer Menge Colonien von Bodenbacillen; auf den Platten von Organstücken des Meerschweinchens, das mit Erysipelkokken 10 Tage früher inficirt worden, waren ausschliesslich Erysipelkokkencolonien und keine einzige Bodenbacille gewachsen. Dieser Befund war merkwürdig und von grossem wissenschaftlichem Interesse. Die Bodenbacillen waren nicht nur nicht entwickelt, sondern sämmtlich in relativ kurzer Zeit vernichtet worden. Emmerich wiederholte den Versuch an 2 anderen Meerschweinchen mit demselben Resultate. Wir sehen hier eine Concurrenzthätigkeit verschiedener Spaltpilze innerhalb des lebenden Thierkörpers. Dann wäre aber auch zu bemerken, dass die Heilwirkung des Erysipels bei acuten und chronischen bacteriellen Krankheiten, sowie bei malignen Geschwülsten schon seit langer Zeit dem Praktiker bekannt und durch zahlreiche klinische Beobachtungsthatsachen aus alter und neuester Zeit von ganz zuverlässigen Klinikern sicher gestellt war. Es muss daher vom hohem Interesse sein, bei allen anderen Infectionskrankheiten die Wirkung von Erysipelasimpfungen zu prüfen. Um aber zu beurtheilen, ob diesen Heilversuchen eine generelle Bedeutung zukommt, ob von den Impfungen für alle oder die meisten Infectionskrankheiten günstige Wirkungen und Erfolge zu erwarten sind, begann Emmerich die experimentelle Bearbeitung mit einer Infectionskrankheit, bei der die Geschichte der medic. Therapie von spontanen Heilwirkungen einer zufälligen Erysipelascomplication nichts berichtet, mit dem Milzbrande, welcher ebenso heftig ist, als rasch tödtet, dabei ätiologisch vom genauesten erforscht ist und bei Menschen und Thieren vorkommt.

Die Versuche über die Verhütung der Milzbrandinfection wurden 1. durch Verimpfung von Erysipelkokken gemacht, mit nachfolgender Injection von Milzbrandbacillen, und zwar um 2—14 Tage später. Dann wurde 2. eine gleichzeitige intravenöse Injection von Milzbrandbacillen und Erysipelkokkenreincultur, und 3. subcutane Injection von Milzbrandbacillen und nachträgliche subcutane oder intravenöse Injection von Erysipelkokkenreincultur nach dem Auftreten unverkennbarer Milzbrandsymptome gemacht, durch welche die Diagnose des Anthrax sicher gestellt war. Die Versuche wurden mit Kaninchen angestellt und immer mindestens die gleiche Zahl von Controlthieren verwendet, die nur mit Milzbrand inficirt wurden, zur Beurtheilung der Virulenz der Milzbrandbacillen. Alle die vielen Vorsichtsmaassregeln zur Sicherstellung der Reinheit der Experimente lassen wir unerwähnt. Die Injectionen wurden so genau abgemessen, dass man die Bacillen zählen konnte. Zuerst wurde die Quantität festgestellt, welche eingespritzt werden konnte, ohne zu tödten, und es erwies sich, dass man einem erwachsenen kräftigen Kaninchen 0,5 Ccm. in Entwickelung begriffener Erysipelkokkenbouilloncultur pro 100 Gr. Körpergewicht injiciren kann, ohne dass die Thiere zu Grunde gehn.

Zweien Kaninchen wurden Erysipelkokkenculturen unter die Haut der rechten Rückenseite injicirt; am folgenden Tage zeigte sich lebhafte erysipelatöse Röthung im Umkreise der Injectionsstelle und Schwellung. Genau 2 Tage später injicirte man beiden subcutan Milzbrandbacillen, und zur Controlle geschah 2 anderen Thieren dasselbe. Die beiden Controlthiere erhielten 0,2 Ccm. Milzbrandbacillen weniger. Wenn man einem Kaninchen mehr als 50,000 Milzbrandbacillen einimpft, erfolgt der Tod sicher. Bei diesen Versuchen

wurden aber in den schwächsten 118,000 und in den stärksten 207,500 verwandt. Man konnte daher den Tod mit Sicherheit erwarten. Die Controltbiere starben, das eine nach 46, das andere nach 52 Stunden. Die beiden anderen befanden sich wohl, es trat nicht die geringste Verschlimmerung ein. Später bemerkte man bei beiden schmerzhafte Schwellungen an den Fussgelenken, welche bei einem bald schwanden, beim anderen eine andauernde Steifigkeit nachliessen. Keine Milzbrandsymptome. Beide blieben bei guter Ernährung und wurden 2½ Monate später geschlachtet und verspeist.

Darauf wurde noch an 30 Thieren experimentirt. Alle 15 Controlthiere starben. Von den mit Erysipelkokken vorgeimpften wurden 7 geheilt und blieben gesund, 3 starben. Von den übrigen ist nichts gesagt. Die 3, welche starben, erfuhren dieses Schicksal 7, 9 und 28 Tage nach der Impfung und waren an der Erysipelkokkeninfection gestorben. Es kommt noch darauf an, das unschädliche Minimalquantum von Erysipelkokken zu finden. Doch wird es praktischer sein, die Versuche an Schafen und am Rindvieh zu machen, wo die Mengen andere sein werden.

Bei der Untersuchung von Gelatineplatten, die von Organstücken der beiden Erysipelmilzbrandthiere bereitet waren, kamen ausschliesslich Erysipelkokkencolonien in grosser Anzahl und keine einzige Colonie von Milzbrandbacillen zur Entwickelung. Diese Entwickelung und Vermehrung wurde offenbar durch Erysipelkokken verhindert und jene Bacillen durch sie vernichtet. Zwei Fragen wurden hiebei nicht entschieden: 1) über die ausreichende Minimalmenge der Erysipelkokken, und 2) über die Dauer der Immunität der Thiere gegenüber dem Milzbrand; wahrscheinlich handelt es sich aber blos um eine Immunität von kurzer Dauer und wohl so lange als Erysipelkokken im Körper vorhanden sind. Aber auch auf die Dauer einer Epidemie in siechhaften Gegenden, in einem inficirten Stalle liesse sich von der Impfung Hülfe erwarten, um so eher als Schweine, Schafe und Rinder bei weitem nicht so empfindlich sind als Kaninchen.

Die Versuche, die ausgesprochene durch bestimmte Symptome sich kundgebende Milzbranderkrankung mit subcutaner Injection von Erysipelkokkenreinculturen zu heilen, haben im allgemeinen ein ungünstiges Resultat ergeben, insofern von 16 Thieren nur 2 geheilt wurden. Der Grund des geringen Erfolges dieser Art der subcutanen Applicationsmethode liegt darin, dass der Uebergang der Erysipelkokken aus der Subcutis in die Blutbahn und in die Organgewebe relativ langsam erfolgt und mitunter gar nicht zu Stande kommt. Auch macht die Untersuchung wahrscheinlich, dass die eingedrungenen Erysipelkokken sich nur in beschränktem Maasse oder gar nicht vermehren; wogegen die Milzbrandbacillen rasch in die Blutbahn und in die Organe übergehen und eine reichliche Vermehrung stattfindet. Die Erysipelkokken kommen erst hinein, wenn alle Gewebe schon von Milzbrandbacillen überschwemmt sind und der Organismus hochgradig geschwächt ist. Aber selbst unter diesen ungünstigen Verhältnissen kommen bei kräftigen Thieren Heilungen zu Stande; dann wäre auch zu bemerken, dass selbst bei späten Erysipelimpfungen der Befund ergiebt, dass zahllose Milzbrandbacillen zu Grunde gegangen sind. Auch äusserte sich der unverkennbar günstige Effect der nachträglichen subcutanen Erysipelimpfung dadurch, dass solche Thiere länger lebten als die Controlthiere. Hiebei ist noch hervorzuheben, dass sich ein auffallend günstiger Einfluss der subcutanen Injection auf die Milzbrandgeschwulst äusserte, welche von Bohnen- bis Taubeneigrösse war. Sie trat oft rapide zurück, was bei den Controlthieren nicht zu bemerken war. Auf Grund dieser prompten und raschen Wirkung der Erysipelimpfung auf die Milzbrandgeschwulst glaubt Emmerich sich berechtigt, auch beim Menschen gegen locale Milzbrandaffectionen, selbstverständlich mit Einverständniss der Kranken, Erysipelimpfungen vorzunehmen, da man dadurch die Allgemeininfection verhüten könnte. Man kann auch erwarten, durch die Therapie des Milzbrandes vermittelst subcutaner Injection von Erysipelkokken bei grossen, auf natürlichem Wege mit Milzbrand inficirten Thieren Heilerfolge zu erzielen und die Mortalität zu vermindern. Es kommen auch bei Schweinen, Schafen, Rindern spontane Heilungen vor, bei Kaninchen niemals. Auch hat die natürliche Milzbranderkrankung eine viel längere Dauer, vor allem ist die längere Dauer zwischen dem Auftreten der Milzbrandgeschwulst und dem Zustandekommen der Allgemeininfection hervorzuheben. Diese Umstände berechtigen die praktische Anwendung dieser Heilmethode bei Milzbrandepidemien.

Der Erfolg der intravenösen Injection von Erysipelkokken nach dem Auftreten von experimentellem Milzbrand ist viel grösser und augenfälliger.

Der erste Versuch wurde mit 2 Thieren gemacht. Jedem der beiden Kaninchen wurden, es waren grosse Thiere, rund 500,000 Milzbrandbacillen injicirt. 8½ Stunden später wurde dem einen am Ohr eine Vene blosgelegt und 5 Ccm. einer Erysipelkokkenbacillencultur langsam in die Vene gespritzt und diese darauf doppelt unterbunden und die Wunde genäht; 4½ Ccm. derselben Cultur in die bereits in Bildung begriffene Milzbrandgeschwulst und 2½ Ccm. in die Haut vor der Geschwulst injicirt. Die Ohrwunde heilte per primam. Nach 70 Stunden stirbt das Controlthier und zeigt bei der Section alle Symptome einer Milzbranderkrankung: sulzige Infiltration des subcutanen Bindegewebes, bläulich-schwarze, vergrösserte, brüchige Milz u. s. w. und bacteriologisch entsprechende Erscheinungen. — Das Erysipelmilzbrandkaninchen wurde ebenfalls krank. Nach 4 Tagen zeigten sich Schwellungen am Knie- und am Sprunggelenke, es hinkte, war sonst wohl, magerte aber doch ab, am 9. Tage lag es auf dem Bauche und war steif. Vom 19. Tage fing es zu gehen an, frass mehr und nahm an Gewicht zu. Nach 5 Wochen wurde es getödtet. Die Milz war nicht vergrössert, normal, es fanden sich an ihr und anderen Organen kleine gelbe käsige Einlagerungen, sonst wenig Charakteristisches. — Fand man bei der mikroskopischen und bacteriologischen Untersuchung des Controlkaninchens zahllose Milzbrandbacillen, so dass man sagen kann, dass in jedem Tropfen Herzblut 10,000 Bacillen waren, so war der Befund bei dem mit Erysipelkokken behandelten ganz anders. Es liess sich in zahlreichen Herzblutpräparaten kein einziger Milzbrandbacillus und auch kein einziger Erysipelkokkus auffinden. Ebenso bei den Milz-, Leber-, Nieren- und Lungensaftpräparaten. Wohl aber fand man in den käsigen Knötchen beispielsweise der Milz sehr viel Leucocyten mit körnigen Massen erfüllt. Solche Körnchenhaufen in verschiedener Grösse und unregelmässiger Form fanden sich auch freiliegend. Auch auf den Nährgelatineplatten, auf welchen Stückchen verschiedener Organe zerrieben wurden, entwickelte sich keine einzige Spaltpilzcolonie. Es war also eine enorme Menge von Milzbrandbacillen vernichtet worden, zugleich aber auch die Erysipelkokken, und es war in diesem Sinne vollkommene Heilung einer bisher unheilbar gewesenen Infectionskrankheit erzielt worden. **ll** (Schluss folgt.)

Oppenheim: Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterung des Rückenmarks, insbesondere Eisenbahnunfällen entwickeln? (Berl. klin. W. № 10).

Indem Verf. diese Frage stellt, bespricht er eingehend die einzelnen Symptome der s. g. Railwayspine und Railwaybrain. Vor allem zu bemerken sind hier die Veränderungen der affectiven Seite der Psyche (Gemüthsverstimmung mit hypochondrischem Charakter, Angstattaquen und Reizbarkeit, hallucinatorische Delirien, aber ohne Störungen der Intelligenz). Die Schwindel- und Krampfzustände können sich bis zu epileptischen und hysterischen Attaquen steigern. Die Störungen der Sensibilität und der Sinnesfunctionen zeichnen sich durch ein Nebeneinander von Hyperästhesie u. Anästhesie aus, (Photophobie und Herabsetzung der Sehschärfe, Hyperacusie und Herabsetzung der Hörschärfe, Hyperästhesie, Anästhesie und Parästhesie der Haut, ohne dass jede derselben einen bestimmten Nervenbezirk innehält). Die Reflexerregbarkeit ist meistens herabgesetzt. Sehnenphänomene meistens gesteigert. Die Bewegungen sind energielos, doch kann die Leistungsfähigkeit der Muskeln durch grössere Willensanspannung gesteigert werden. Reflectorische Muskelspannungen und Abnormitäten des Ganges, wie Zittern, Schwanken bei Augenschluss, sind sehr häufig. Eine echte Aphasie oder eine einfache Articulationsstörung, Scandiren wird nicht beobachtet, dennoch ist das Sprechen bald sprudelnd, bald langsam, bald von Schluchzbewegungen unterbrochen. Häufig bestehen nervöses Herzklopfen und beträchtliche Beschleunigung der Pulsfrequenz, sowie Schweisse. Erbrechen, Durst, Polyurie, Fieberanfälle, Störungen der Blasenfunction, reflect. Pupillenstarre, Opticusatrophie sind sehr selten. Auf Grund alles dessen hält O. die s. g. Railwayspine und Railwaybrain für ein aus den Elementen der Psychose und Neurose combinirtes Leiden, wobei er nicht ausschliesst, dass in den Fällen, wo die zuletzt erwähnten 3 Symptome vorhanden sind auch eine materielle Veränderung des Rückenmarks zu finden wäre. Kn.

Aufrecht (Magdeburg): Ueber die Anwendung von Salicylsäure und Salol bei acutem Gelenkrheumatismus. (D. med. W. № 2).

Nach vielfachen Versuchen ist Aufrecht zu dem Resultat gekommen, dass die Salicylsäure besser bei acutem Rheumatismus wirkt, und Salol besser bei chronischem. Er verbraucht jetzt, so lange das Fieber andauert, je 6 Grm. Salicylsäure pro die, und sowie das Fieber vorbei ist, je 6 Grm. Salol pro die. Bei ausschliesslichem Salolgebrauch hat er ein Mal einen Exitus letalis an acuter Endocarditis beobachtet, was ihm in den 6 Jahren vorher, bei über 600 acuten Gelenkrheumatismen unter Salicylsäuregebrauch nie begegnet ist, und daher ist er für das acute Stadium wieder zur Salicylsäure zurückgekehrt. Max Schmidt.

Senator: Ueber acute infectiöse Phlegmone des Pharynx. (Berl. klin. W. № 5).

Unter diesem Namen beschreibt Sen. 4 Fälle einer neuen acuten Infectionskrankheit, welche ganz gesunde Personen ohne nachweisbares ätiologisches Moment und ohne dass die Schleimhaut vorher verletzt oder erkrankt ist befällt, mit mässigen Temp.-steigerungen einhergeht und bei welcher frühzeitig Halsschmerzen und Schlingbeschwerden sich einfinden. Später treten Heiserkeit und Athemnoth, endlich Störungen des Sensoriums hinzu, in kurzer Zeit und plötzlich erfolgt der Tod infolge von Herzparalyse. Bei der Obduction findet man eine diffuse eitrige Entzündung im tieferen Gewebe der Pharynxschleimhaut, die sich von da auf den Kehlkopf und die Drüsen fortsetzt. Ausserdem waren Milzschwellung, parenchymatöse Nephritis und glanduläre Gastritis zu finden. Die von Dr. Langerhans angestellten bacteriologischen Untersuchungen haben vorläufig keine bemerkenswerthen Resultate ergeben. Die Diagnose der Krankheit ist sehr leicht, — die Prognose sehr schlecht. Die Therapie

muss antiphlogistisch sein. Specifische antiparasitäre Mittel sind ohne Wirkung, an eine Entleerung des Eiters ist nicht zu denken. Die Tracheotomie wird wohl auch den tödtlichen Ausgang nicht abwenden können.

Dr. Landgraf (Berl. klin. W. № 6) hat auch einen den von Senator beschriebenen ähnlichen Fall von primärer Pharynxphlegmone beobachtet, der nach 52 Stunden und zwar auch unter den Erscheinungen der Herzparalyse tödlich verlief. Der Obductionsbefund desgleichen mit den obigen im Wesentlichen übereinstimmend. Kn.

J. Boas: Ueber das Tropaeolinpapier als Reagens auf freie Salzsäure im Mageninhalt. (D. med. W. 1887. № 39).

Verf. erklärt das Tropaeolin-Papier für das vorzüglichste Reagens auf freie Salzsäure. Er hat das Uffelmann'sche Verfahren in folgender Weise modificirt: 4—5 Tropfen einer gesättigten alcoholischen oder alcohol.-aeth. Tropaeolinlösung vertheilt man durch lebhaftes Schwenken am Rande eines Porzellanschälchens und lässt den zu prüfenden Magensaft tropfenweise herabfliessen und sich einige Augenblicke lang mischen. Nun vertheilt man die Mischung von Neuem an den Rändern, lässt den Ueberschuss abfliessen, und erhitzt vorsichtig auf der Spirituslampe. Es entstehen dann an einzelnen Stellen je nach dem HCl-Gehalt violette bis lebhaft lilarothe Spiegel, welche *einzig und allein die Anwesenheit freier Salzsäure beweisen.* Organische Säuren bewirken selbst in 1% Lösung keine solche Färbung. Dieses Verfahren gestattet noch den Nachweis von 3—4‰ HCl im Magensaft, in einer Salzsäure-Lösung sogar 1—2‰ HCl. Vorherige Filtrirung des Saftes ist erwünscht, aber nicht nothwendig.

Mit dem *Tropaeolinpapier* verfährt man folgendermassen: Ein Streifen desselben wird in den Magensaft getaucht, und wird bei hoher Acidität rothbraun. Erhitzt man dann den Streifen über der Flamme, so geht bei Gegenwart von HCl die Färbung in mehr oder weniger gesättigtes Lila über, welches bei Aetherzusatz persistirt. Bei organischen Säuren entsteht bei hoher Acidität auch rothbraune Färbung, selbige verliert sich aber vollständig beim Erhitzen. Ein Mageninhalt, welcher Tropaeolinlösung oder -Papier unverändert lässt, enthält weniger als 0,05% freier Salzsäure.

Max Schmidt.

Gürtler: Ueber die Wirkung des Amylenhydrat als Hypnoticum. (Berl. klin. W. № 6).

Verf. empfiehlt das Amylenhydrat in der Formel Amylenhydr. 7,0 Aq. Menthae 40,0, Sir. rub. idaei 30,0. DS. Abends die Hälfte, als sehr gutes Hypnoticum, das er in 61 Fällen der verschiedensten Erkrankungen verabfolgt hat und danach nur in einzelnen Fällen Kopfschmerz und Benommenheit, dagegen nie Erbrechen beobachtet hat. In 2 Fällen von Epilepsie wo nur Morphium und Chloralhydr. Ruhe verschafften, blieben die nächtlichen Krämpfe nach Amylenhydrat 14 Tage lang aus. Kn.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

W. Kleinwächter: Die Amputationen und Exarticulationen im Augusta-Hospital in den Jahren 1871—1885. Ein Bild der Entwickelung der Wundbehandlungsmethoden. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. E. Küster. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1887. 8⁰. 104 pag.

Was der vorliegenden Statistik auch nach den zahlreichen Bearbeitungen der Amputationen und Exarticulationen, welche in den letzten Jahren erschienen sind, Werth verleiht, ist der Umstand, dass dieselbe das Material eines einzelnen Krankenhauses bringt, welches in dem erwähnten Zeitabschnitt stets unter derselben Leitung gestanden hat, und mithin indirect eine Geschichte und Kritik der verschiedenen neueren Wundbehandlungsmethoden enthält. Die Schlussfolgerungen des Verf. bestätigen im Ganzen die bisher herrschenden Anschauungen. Dieselben sind folgende (pag. 49):

Die Haupterfolge der antiseptischen Wundbehandlung gegenüber den früher geübten Methoden bestehen in Herabsetzung der Mortalität und Erzielung einer glatten und schnellen Heilung.

Je sorgfältiger alle Regeln der Antiseptik beobachtet werden, desto besser sind die Resultate der Amputationen.

Mit der Vereinfachung des antiseptischen Verbandes und des antiseptischen Verfahrens hat die Sicherheit in den Erfolgen zugenommen, die Kostspieligkeit der Behandlung abgenommen.

Der einfachste und billigste antiseptische Verband ist der Sublimat-Moos-Gaze-Dauerverband, das einfachste und billigste Desinficiens Sublimat.

Bei den nicht complicirten Fällen hängt der Ausgang und Verlauf der Amputation im Wesentlichen von der Wundbehandlung und von der Möglichkeit ab, aseptische, lebensfähige Wundflächen zu erhalten.

Das Alter und der Allgemeinzustand haben gar keinen Einfluss auf Ausgang und Verlauf der Amputation. (Dieser Satz ist zuerst schon von Oberst aufgestellt worden, hat aber eine conditio sina qua non, nämlich die Vermeidung grösseren Blutverlustes und septischer Processe).

Bei der Wahl der Amputationsstelle darf ausser äusseren Rücksichten nur der Grundsatz, möglichst im Gesunden zu operiren, vorherrschen. Der alte Satz: «Je höher die Amputation, desto grösser die Gefahr» gilt nur noch für die Exarticulationen des Oberschenkels und Oberarmes, und zwar in ganz beschränktem Maasse. (Diese Ausnahme erklärt sich durch die relativ grössere Schwierigkeit, an den erwähnten Stellen Verbände anzubringen, welche die Wunde gegen äussere Schädlichkeiten vollkommen gut abschliessen und zugleich allseitig gut comprimiren).

Unter den nicht complicirten Fällen sind die Veranlassungen zur Amputation an sich ohne Einfluss auf den Ausgang und Verlauf derselben. Doch nicht in jedem Falle sind die Bedingungen zur Erhaltung aseptischer und lebensfähiger Wundflächen gleich günstige, abgesehen von dem grösseren oder geringeren Bestreben des Operateurs, conservativ zu verfahren.

Daher geben die pathologischen Fälle im Allgemeinen etwas bessere Resultate, als die primär traumatischen; und unter den pathologischen die secundären Amputationen und die wegen Geschwülste die besten.

Bei den septischen Fällen hängt der Erfolg davon ab, ob die Allgemeininfection nach dem Austrocknen der Infectionsquelle von dem Körper überwunden werden kann oder nicht. G.

Vermischtes.

— Die *Feier des fünfzigjährigen Doctorjubiläums* des Präsidenten des Medicinalrathes, Leibmedicus, wirklichen Geheimrathes Dr. N. Zdekauer gestaltete sich zu einer grossartigen Ovation für den hochverdienten Arzt und Gelehrten, an welcher namentlich die ganze medicinische Welt Russlands einmüthig sich betheiligte.

Schon am Tage vor dem Jubiläum überreichte eine Deputation, in der Graf Bobrinski, Baron Jomini, Hofmeister A. Tolstoi, P. A. Kotschubei und Andere sich befanden, dem Jubilar sein grosses, in Oel gemaltes Porträt. Am Jubiläumstage selbst (7 Mai) wurde der Jubilar in seiner Wohnung mit den Besuchen der Grossfürsten Wladimir, Alexei und Ssergei Alexandrowitsch, sowie vieler Würdenträger beehrt, welche ihm ihre Glückwünsche darbrachten. Die officielle Feier fand im Saale der Duma statt, wo die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit in Gemeinschaft mit dem Medicinalrath zu Ehren ihres Präsidenten, des Jubilars, eine Festsitzung veranstaltete, zu welcher zahlreiche Deputationen und Repräsentanten der medicinischen Welt und der St. Petersburger Intelligenz sich eingefunden hatten.

S. K. Hoheit der Grossfürst Paul Alexandrowitsch, welcher den Jubilar unter den Klängen eines Festmarsches in den Saal geleitete, übernahm das Ehrenpräsidium und eröffnete die Festsitzung mit einer schmeichelhaften Ansprache an den Jubilar und Verlesung eines Allerhöchsten Rescripts, durch welches dem Jubilar in Anerkennung seiner eifrigen und nützlichen Thätigkeit auf medicinisch-wissenschaftlichem Gebiete eine brillantenbesetzte Tabatière mit dem Porträt seiner Majestät verliehen wurde.

Nachdem sodann ein Rescript I. Maj. der Kaiserin auf den Namen des Jubilars und Glückwunschtelegramme S. K. H. des Grossfürsten Thronfolgers und mehrerer Mitglieder der Kaiserlichen Familie verlesen worden, begann der Vortritt der Deputationen und die Verlesung der Adressen. Die Reihe derselben eröffnete Geheimrath Dr. A. Sagorski mit einer Adresse des Medicinalraths, der Ober-Militär-Medicinalinspector Dr. Remmert mit einer Adresse des militär-medicinischen gelehrten Comite's, der Vicepräsident der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, Prof. Andrejewski, mit einer Adresse dieser Gesellschaft. Es folgte nun noch eine fast endlose Zahl von Deputationen mit Adressen, von denen wir nur hervorheben die der Academie der Wissenschaften (lateinisch), der mil.-med. Academie, mehrerer russ. Universitäten, der Gesellschaft des Rothen Kreuzes, der Stadtduma, der Kais. Philanthropischen Gesellschaft, des Hofmedicinal- und Marine-Medicinalressorts, der Pirogow'schen chirurg. Gesellschaft, zahlreicher medicinischen und pharmaceutischen Gesellschaften, des (deutschen) allgem. Vereins St. Petersb. Aerzte (lateinisch), des St. Petersb. deutschen ärztl. Vereins (deutsch), der weiblichen Aerzte, der Gesellschaft homöopath. Aerzte, der Zöglinge der ehemaligen Muralt'schen Pension, in welcher der Jubilar erzogen worden u. s. w. Ausserdem waren eine unabsehbare Masse telegraphischer Glückwünsche von allen Enden des Reiches eingelaufen. Ehrenmitgliedsdiplome hatten die Universitäten St. Petersburg und Kijew, sowie die ärztlichen Gesellschaften von Kasan und des Kaukasus übersandt; als Ehrengeschenke überreichte die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ein Album mit Photographien der Mitglieder und einen Prachtband werthvoller Arbeiten ihrer Mitglieder, Prof. Dogel (Kasan) eine Sammlung seiner und seiner Schüler Arbeiten.

Der Jubilar sprach allen Personen und Körperschaften für die ihm zu Theil gewordenen Ehrenbezeugungen seinen tiefgefühlten Dank aus und schloss mit den Worten: «Wenn ich irgend einen Nutzen gebracht habe, so bin ich durch die heutige Feier hundertfach belohnt worden».

Den Schluss der Feier bildete ein Diner zu Ehren des Jubilars im Restaurant Contant, an welchem mehr als 150 Personen theilnahmen.

— Dr. E. J. Afanassjew ist zum ausserordentlichen Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Kiew ernannt worden.

— Die *Gesellschaft der Aerzte in Nishni-Nowgorod* hat zu ihrem Präsidenten den Oberarzt des örtlichen Gouvernements-Landschaftshospitals, Dr. Wjenski, zum Vicepräsidenten Dr. Ssenenko und zum Secretär Dr. Arapowski gewählt.

— *Verstorben:* 1) In Tambow der frühere Marinearzt, wirkl. Staatsrath Alexei Wyscheslawzew, im 57. Lebensjahre. Nach Absolvirung seiner Studien in Moskau wurde W. Marinearzt und machte als solcher eine Reise um die Welt mit. Im Jahre 1861 gab er seinen Dienst in der Marine auf und beschäftigte sich viel mit der Kunst. Gleich nach seiner Rückkehr gab er seine «Feder- und Bleistift-Skizzen von der «Reise um die Welt» und später eine ausführliche «Kunstgeschichte» heraus, deren III. und letzter Theil bereits druckfertig ist. (Russ. Med.). 2) Am 18. April in Odessa der dortige Arzt J. Chasen. 3) Am 28. März der frühere Arzt der Reichsdomänenverwaltung, Joh. Timtschenko, im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine Ausbildung auf der Moskauer Universität erhalten und war nur von 1852—1858 als Arzt thätig. Die übrige Zeit seines Lebens widmete er dem Communaldienst in der Senkow'schen Landschaft, wo er als Friedensvermittler, Friedensrichter, Präsident des Friedensrichterplenums und des Kreis-Landschaftsamtes segensreich wirkte und namentlich auch viel für die Verbesserung des Medicinalwesens im Kreise that. Als er vor 10 Jahren das Unglück hatte, zu erblinden, setzte ihm die Landschaft in Anbetracht seiner Verdienste um dieselbe, eine Pension aus, da er kein Vermögen besass. 4) In New-York der Professor der Augenheilkunde Dr. Cornelius Rea Agnew. 5) In Paris der ehemalige Director der Hospitäler Beaujon und Hôtel Dieu, Dr. M. Hannosset. 6) In Christiania Dr. J. Heiberg, der angesehenste Augenarzt Norwegens, im 44. Lebensjahre. Nach Beendigung seiner Studien hat H. den deutsch-französischen Feldzug als freiwilliger Arzt auf deutscher Seite mitgemacht.

— Professor Virchow ist von seiner längeren wissenschaftlichen Reise nach Egypten und Griechenland nach Berlin zurückgekehrt und hat in der vorigen Woche wieder den Vorsitz in der Berliner med. Gesellschaft geführt. Bei dieser Gelegenheit hat V. sich anerkennend über den Eifer geäussert, mit welchem die Aerzte der obengenannten beiden Länder an den neuesten wissenschaftlichen Forschungen, sowohl auf physiologischem, als auch auf bacteriologischem Gebiete theilnehmen, was natürlich auch auf dem Gebiete des öffentlichen Sanitätswesens dieser Länder in erfreulicher Weise sich bemerkbar mache. (A. m. C.-Ztg.).

— Die Universität Giessen erhält in nächster Zeit einen Lehrstuhl für Hygiene und ist als Leiter desselben der durch seine Arbeiten auf diesem Gebiete wohlbekannte Dr. Löffler vom Deutschen Reichsgesundheitsamte in Aussicht genommen.

— Am 9. Mai beging die bekannte Privatheilanstalt «*Maison de santé*» *in Schöneberg* bei Berlin das *25-jährige Jubiläum* ihres Bestehens.

— Das Königreich *Sachsen* ist in diesem Jahre bereits zum dritten Mal von einer *Trichinenepidemie* heimgesucht, und zwar ist es diesmal die Umgegend von Zwickau, wo bereits 30 Personen an der Trichinose schwer darniederliegen.

— Aus New-York wird berichtet, dass es dort beschlossene Sache sei, die zum Tode verurtheilten Verbrecher künftig mittelst Electricität hinzurichten.

— Dr. Alexander Jewgeniewitsch Feoktistow wohnhaft in St. Petersburg, Spasskaja 16, Qu. 14, welcher sich bereits einige Jahre mit der Untersuchung des Schlangengiftes beschäftigt und gegenwärtig eine diesbezügliche Arbeit zum Druck vorbereitet, wendet sich an alle Collegen mit der Bitte ihm schriftliche Mittheilung über die ihnen bekannten Fälle zu machen, in welchen Menschen und Thiere von giftigen Schlangen und anderen giftigen Thieren, wie Scorpionen, Taranteln und anderen Spinnen, Scolopendren gebissen worden. Auch Mittheilungen über interessante Fälle von Bienen-, Wespen- etc. Stichen werden erbeten, sowie statistische Nachrichten über Schlangenbisse, Daten aus der Volksmedicin etc. sehr willkommen sind. Die wichtigeren Fälle, Krankheitsgeschichten etc. werden unverkürzt wiedergegeben werden unter Angabe des Namens des Referenten.

— Prof. Mosler in Greifswald hat einen durchaus nachahmenswerthen Schritt zur Förderung des klinischen Unterrichts gethan. Er hat nämlich von dem Assistenzarzt Dr. Peiper die Krankengeschichten der im letzten Semester in der medicinischen Klinik vorgestellten Krankheitsfälle in einer Brochüre zusammenstellen lassen, durch welche die Studirenden an Alles, was sie in der Klinik während des Semesters gesehen und erfahren haben, in gedrängter Kürze erinnert werden sollen.

— Der *I. internationale otologische Congress* wird vom 10.—16. September d. J. in Brüssel abgehalten werden.

— Die indischen Frauen leben bekanntlich in strenger Abgeschlossenheit und dürfen, den religiösen Vorschriften gemäss, selbst wenn sie krank sind, von einem fremden Manne nicht berührt werden. Die ärztliche Untersuchung — wenn eine solche ausnahmsweise gestattet wird — besteht darin, dass der Arzt den Puls der hinter einem Vorhange versteckten Frau tastet und einige Fragen an dieselbe richtet. Selbstverständlich kann auch die Behandlung keine bessere sein; die Sterblichkeit bei den indischen Frauen und auch Kindern ist daher eine ganz enorme. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hat die Königin *Victoria* im Jahre 1885 die Frau des Vicekönigs von Indien, Lady *Dufferin*, mit dem Studium dieser Angelegenheit, sowie mit der Aufgabe betraut, Gesellschaften zu gründen, welche den indischen Frauen rationelle ärztliche Hilfe ermöglichen sollen. Die von Lady *Dufferin* gegründete, unter dem Protectorate der Königin *Victoria* stehende Gesellschaft hat den Zweck, in Indien *weibliche Aerzte*, *Hebammen* und *Krankenwärterinnen* auszubilden, sowie *Spitäler* und *Spitalabtheilungen für kranke Frauen und Kinder* zu gründen. Die Königin *Victoria* zeichnet jährlich mit einer goldenen Medaille diejenigen Studentinnen aus, welche die besten Erfolge bei den Prüfungen in einer der vier Universitäten (Calcutta, Bombay, Madras und Lahore) erzielt haben. Gegenwärtig beträgt die Zahl der prakticirenden *weiblichen Aerzte* in Indien bereits 60.

(Wiener med. Presse).

— Die Zahl der Aerzte Italiens betrug 1887 17,586 und 1000 Militärärzte; Apotheker gab es 11,873. Hz.

— Féré (Soc. méd. des hôpit., Sitzung 23. März) hat an 8 hemiplegischen Kranken, welche einige Zeit nach erfolgter Apoplexie wohl charakterisirte epileptische Anfälle ohne Localisationszeichen zeigten, points de feu am behaarten Theile des Kopfes applicirt und damit Verminderung der Paroxysmen erzielt. Er meint, dass in einer nicht geringen Zahl von Fällen die Hirnläsion bei prädisponirten Kranken die epileptischen Anfälle in der Art peripherer Laesionen hervorrufen könne. Hz.

— Hénoque und Frédel (Soc. de biol. 4 Febr.) machen Zahnextractionen dadurch schmerzlos, dass sie Aether in der Umgebung des äussern Ohres zerstäuben. Die dadurch bewirkte Anästhesie des Trigeminus verbreitet sich auch auf die Zahnnerven und macht dadurch das Ausziehen der Zähne leicht, schmerz- und gefahrlos. Hz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 1. bis 7. Mai 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
464	311	775	117	69	176	22	11	30	85	70	44	51	52	38	6	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 54, Scharlach 19, Diphtherie 9, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 45, Erysipelas 10, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie u. Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 138, Tuberculose anderer Organe 8, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungscanals 82, Todtgeborene 24.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	22.—28. April	2577	31,3	—	1437	17,5
Paris . . .	2 260 945	22.—28. April	1238	28,4	99	1002	23,3
Brüssel . .	181 270	15.—21. April	109	31,8	5	81	23,2
Stockholm .	221 549	15.—21. April	172	40,2	7	82	19,2
Kopenhagen	300 000	25. April - 1. Mai	170	29,5	8	116	20,1
Berlin . . .	1 414 980	22.—28. April	877	32,2	30	510	18,7
Wien . . .	800 836	22.—28. April	529	34,3	27	429	27,9
Pest . . .	442 787	15.—21. April	325	37,0	25	295	34,6
Warschau .	444 814	15.—21. April	253	29,5	13	233	27,2
Odessa . .	280 000	22.—28. April	—	—	5	116	22,5
St. Petersburg	**861 303**	**29. April - 5. Mai**	**452**	**27,1**	**19**	**677**	**40,9**

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien: 81 (1)

Handbuch der

Balneotherapie

für praktische Aerzte

bearbeitet von

Geh. Rath Dr. **R. FLECHSIG.**

1888. gr. 8. Preis 6 Rbl. 50 Kop.

Verlag von **Ferdinand Enke** in Stuttgart.

Soeben erschienen: 82 (1)

LEHRBUCH DER PSYCHIATRIE.

Auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende.

von **Prof. Dr. R. von Krafft-Ebing** in Graz.

DRITTE UMGEARBEITETE AUFLAGE.

gr. 8. geh. 9 Rbl. 75 Kop.

Grundriss der praktischen Arzneimittellehre

von

Prof. Dr. Hugo Schultz in Greifswald.

gr. 8. geh. 3 Rbl. 25 Kop.

Lehrbuch der Gewebelehre

mit vorzugsweiser Berücksichtigung des menschlichen Körpers

von **Prof. Dr. Carl Toldt** in Wien.

Mit einer topographischen Darstellung des Faserverlaufs im Centralnervensystem von **Prof. Dr. A. Kahler** in Prag.

DRITTE AUFLAGE.

Mit 210 Holzschnitten. gr. 8. geh. 9 Rbl. 75 K.

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 8 Magazin 6/7.

Central-Dépot von Verband-Waaren.

Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.

Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.

Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.

Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc.

6 (10)

Königliches Bad Oeynhausen

Haltestelle für sämmtliche Züge der Bahnlinien Berlin-Köln und Löhne-Vienenburg. Saison vom 15. Mai bis 1. October. Thermalbäder vom 1. Mai ab. **Naturwarme kohlensaure Thermalbäder; Soolbäder aus kräftigen Soolquellen, Sool-Inhalatorium; Douchen, Wellenbäder, Gradirluft, Massiren, Orthopädisch-gymnastisches Institut.** Bewährt gegen Rückenmarksleiden, Lähmungen, Rheumatismus, Nervenleiden, Anämie, Herzleiden etc. **Bade- und sonstige Einrichtungen ersten Ranges.** Die Curkapelle besteht vom 1. Juni bis 1. September aus 35 Musikern. Amtliches Nachweisungs-Bureau für Wohnungen im Curgarten. Prospecte gratis.

59 (1) **Königl. Bade-Verwaltung.**

CURANSTALTEN VON MAMMERN

am Bodensee (Schweiz).

Sommer- und Winterstation (geheizte Corridore u. Baderäume).

Prosp. gratis. 34 (8)

I. Wasserheilanstalt.
II. Sanatorium für Nervenkranke.
III. Abtheilung für Diätcuren.

Ruhige, geschützte Lage im grossen Park a/See. Staubfreie Luft. Schöne Umgebung (viel Wald).

Elektrotherapie. Massage. Heilgymnastik. Neue comfortable Einrichtungen. Dampf-, Heissluft-, Fichtennadel-, electr.-, Wellen-Seebäder etc. Eisenbahn- u. Dampfschiffstation.

Dr. E. Maienfisch,
Dr. O. Ullmann, (Schüler Charcot's).

Levico

natürliches arsen- und eisenreiches MINERALWASSER

(**Analyse Prof. Ludwig v. Barth Wien**), gebraucht bei Schwäche, Anämie, Chlorose, Nervosität, Blut- und Hautkrankheiten, Menstruations-Anomalien, Malaria, Scrophulose, Neuralgien etc. — Vorräthig in St. Petersburg bei Stoll & Schmidt, H. Kloss & Co., Pharmaceut. Handelsgesellschaft; Moskau: Carl Ferrein; Odessa: J. Pokorny, Apotheker.

DUBBELN-MARIENBAD,

Cur- und Bade-Anstalt von Dr. v. Nordström.

Gegründet 1870,

am Ostseestrande bei Riga.

Vollständige Wassercur, Fichtennadel-, Schlamm-, Salz-, Sandbäder u. s. w. Seebäder. Electricität, Heilgymnastik, Massage, Diät- und Terraincuren. Kefyr und Mineralwasser. Die Cur in der Anstalt eignet sich besonders bei: Nervenkrankheiten (Neurasthenie, Neuralgie, Lähmungen), Blutarmuth, Scrophulose, Lungencatarrhen, Magen-, Leber- und Nierenleiden, Hautkrankheiten, Rheumatismus, Frauen- und Kinderkrankheiten, chirurgisch orthopädischen Fällen, Reconvalescenz. Keine Aufnahme finden Geisteskranke und ansteckende Kranke.

Leitender Arzt Dr. O. Thilo.

Familienwohnungen, sowie einzelne Zimmer mit Beköstigung für Kranke und Badegäste.

Nähere Auskunft in **St. Petersburg, Gr. Stallhofstrasse № 5, Qu. 13** oder in **Dubbeln-Marienbad bei Riga** in der Badeadministration.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September. 53 (2)

KURANSTALT und PENSION WILLMANSTRAND

in Finnland. Ausgezeichnet gesunde und malerische Lage an einer geschützten Bucht des Saimasees, inmitten ausgebreiteter Kiefernwälder, vollkommen

nebel- und fieberfrei.

Gesammtes Wasserheilverfahren, electrische Bäder, Fichtennadelbäder, künstliche Mineralbäder, Kohlensäurebäder. Heilgymnastik und Massage. Electricität, Pneumatotherapie, Magenspülung, Inhalations- und Exhalationscuren, Oertel'sche Terrain- und Diätcuren, Kefir etc. Trinkcur natürlicher und künstlicher Mineralwässer. Besonders geeignet für: Nervenleiden, Frauen- und Kinderkrankheiten. Katarrhe aller Art. Rheumatismus, Gicht, Malaria, Nierenkrankheiten, beginnende Lungenschwindsucht, Emphysem, Blutarmuth, Fettsucht, Herzfehler, Syphilis etc. Volle Pension in der Familie des Arztes. Sommersaison vom 1. Juni bis 1. September. Nerven- und Magenkranke finden das ganze Jahr hindurch Aufnahme. Täglich 2 Mal Eisenbahnverbindung mit St. Petersburg (6½ Stunden Fahrt). Näheres beim Chefarzt der Anstalt, 83 (5)

Dr. med. **M. Buch.**

Nordseebäder und Luftcurorte

Westerland
Wenningstedt

SYLT

Ca. 40 Kilometer langer fast schnurgerader Strand, stete Brandung, Lebensweise gänzlich ungeniert. Preise mässig, bis 1. Juli und vom 1. September an in Hotels und Privatwohnungen um ⅓ herabgesetzt.

Frequenz: 1884 = 2900, 1885 = 3600, 1886 = 4300, 1887 = 5400.

Neu eingerichtet: Dampfstrassenbahn vom Hafenplatz zum Badeplatz. — Segel- und Jagdsport. — Neues grosses Warmbadehaus mit Dampfbad. — Bade-Apotheke in Westerland. 85 (3)

Illustrirte Broschüre über Sylt in jeder Buchhandlung. — Prospecte, sowie Fahrpläne durch die

Seebaddirection in Westerland-Sylt.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 21. St. Petersburg, 21. Mai (2. Juni) 1888.

AN UNSERE LESER.

Wir bringen unseren Lesern hiermit zur Kenntniss, dass die Herausgabe dieser Wochenschrift, die in der Hand unseres verstorbenen Mitredacteurs, des Dr. Leopold von Holst, lag, von Dr. Theodor von Schroeder übernommen worden ist, der bereits die Bestätigung als Herausgeber der Wochenschrift erhalten hat und fortan als solcher zeichnen wird.

Ist somit die formale Lücke, die durch das Hinscheiden unseres treuen Freundes und Mitarbeiters entstanden, ausgefüllt, so fühlen wir es doch nur zu lebhaft, dass der Verlust, den die Wochenschrift durch den Tod Leopold von Holst's erlitten, ein schwer zu verschmerzender ist. Hat er doch Jahre lang an der Hebung und Förderung der Wochenschrift mit stets regem Eifer und Interesse und der ihm eigenen seltenen Pflichttreue gearbeitet, — eine Arbeit, deren Grösse wohl nur der ganz zu schätzen weiss, der selbst mitten in derselben gestanden. Im Juni 1880 trat Holst in die Redaction ein, übernahm die Leitung und Geschäftsführung im Februar 1884 und wurde endlich im Januar 1886 Herausgeber der Wochenschrift; er ist also fast 8 Jahre lang in der Redaction thätig gewesen. Ein Bild dieser Thätigkeit können diese wenigen Zahlen natürlich nicht geben, das kann nur derjenige haben, der die Entwickelung der Wochenschrift in diesem Zeitraume mit Interesse verfolgt und gesehen hat, wie stetig an der Erweiterung des Programmes und der redlichen Erfüllung desselben gearbeitet worden ist. Aber nicht nur als Redacteur hat Holst mitgewirkt; eine ganze Reihe von Originalartikeln, die in diesen Jahren erschienen sind und Zeugniss ablegen von seiner wissenschaftlichen Regsamkeit, verdankt die Wochenschrift seiner Feder. Wir lassen ein kurzes Verzeichniss folgen:

1877. № 43. Ein diagnostischer Fehler. — Hydrocephalus congenitus.
1878. № 13. Zur Behandlung der Diphtherie mit Cyanquecksilber.
1879. № 12. Heisse Douche bei Abort.
1880. № 3. Ueber Diabetes.
№ 49. Ein Fall von Typhus abdominalis.
1881. № 40. Zwei Fälle von Ileus aus ungewöhnlicher Ursache.
№ 42. Heisse Douche bei Abort.
1883. № 17. Ein Fall von Leberechinokokkus.
1884. № 2. Ein Fall von gleichzeitigem Typhus abdominalis und exanthematicus, complicirt mit Diphtherie.
№ 3. Eine verschluckte Nadel. — Ein Uterus-Fibromyom als Hernie.
№ 47. Ein Fall von Pyämie.
1885. № 1. Ein Fall von Ileotyphus und perniciöser Anämie.
№ 36. Ein Fall von Hernia ovarialis irreponibilis inflammata. Herniotomia c. ablatione ovarii. Heilung.— Hernia inguinalis. Radicaloperation. Heilung.
1886. № 33. Nitroglycerin bei Herz- und Nierenleiden.
№ 41 und 42 Ueber perniciöse Anämie.
1887. № 36 und 37. Endometritis et Perimetritis puerperalis. Pneumonia dextr. Multiple Abscesse. Heilung.

Wir müssen es hier dankbar anerkennen, dass Holst's Arbeit nicht ohne Erfolg geblieben ist. Das beweist die steigende Beachtung, welche die Wochenschrift im Auslande gewonnen, der zunehmende Kreis von Lesern und Interessenten im Inlande.

Es muss danach unsere Aufgabe sein, auf dem eingeschlagenen Wege, der sich als der richtige erwiesen, rüstig weiterzugehen. Unser Programm bleibt dasselbe: Die Wochenschrift soll vorzugsweise ein Organ für die deutschen Aerzte Russlands sein, in welchem sie ihre wissenschaftlichen Arbeiten niederlegen, Standesfragen erörtern und einen möglichst ausführlichen Ueberblick über die Fachliteratur aller Länder finden können. Sie soll aber auch dem Auslande die russische medicinische Literatur möglichst getreu vermitteln, wofür durch Uebersetzungen guter Arbeiten, Referate, eine möglichst vollständige Bibliographie und Auszüge aus den Protokollen der russ. med. Gesellschaften gesorgt werden wird. Letztere, in diesem Jahre zum ersten Mal erschienen, sind im Auslande, sowie von Seiten unserer inländischen Collegen mit Befriedigung aufgenommen worden.

So wollen wir denn weiter arbeiten an der Fortführung unserer Wochenschrift, in der steten Hoffnung auf treue Mitarbeit und warmes Interesse seitens unserer Leser.

Die Redaction.

Das letzte Decennium der Geburtshülfe.

(Antrittsvorlesung, gehalten in der Aula der Universität Dorpat am 29. März (10. April).

Von

Prof. Dr. Otto Küstner.

(Schluss.)

Die *Therapie* der Extrauterinschwangerschaft war noch Ende des vorigen Jahrzehnts geradezu trostlos.

Falls man die Extrauteringravidität früh diagnosticirte, sollte man durch Punction oder Injection von Morphium oder durch Electricität oder sonst wie Ei und Foetus zerstören. War dazu das Ei schon zu gross, und das war sehr bald, nämlich etwa vom III. Graviditätsmonat an, so sollte man abwartend verfahren; kam man zu einer frisch geborstenen Extrauteringravidität, so sollte man ebenfalls abwarten, weil nämlich bis dahin alle eingreifenden Versuche nach chirurgischen Principien die blutende Fruchthalterwunde zu versorgen, tödtlich abgelaufen waren. Bei reifem oder nahezu reifem und lebendem Kinde sollte man letzteres durch die Laparotomie retten; wobei man sich aber dessen bewusst sein musste, dass dieselbe fast ausnahmslos für die Mutter tödtlich endete; diese starb meist während oder kurz nach der Operation an Blutung aus der sich, wie das bei extrauterinem Fruchtsack naturgemäss, mangelhaft contrahirenden Haftfläche der Placenta, oder an Sepsis. Das Beste war schon, wenn man es gehen lassen konnte, wie's Gott gefällt; war die Gefahr der Ruptur erst vorüber und der Foetus erst todt, dann konnte zwar, wie das auch häufig genug geschah, die Frau an Vereiterung des Fruchtkörpers zu Grunde gehen, konnte aber auch von dem consecutiven Siechthum genesen, ebenso wie sie bei Versteinerung der Frucht mit derselben im Leibe noch ein gesegnetes Alter erreichen konnte. So wurde die Trägerin des von Küchenmeister beschriebenen Steinkindes mit einer Schwangerschaftsdauer von 57 Jahren 88 Jahre, die des Steinkindes von Leinzell mit einer Schwangerschaftsdauer von 51 Jahren 91 Jahre alt.

Obschon Galezowski und Spiegelberg bereits 1869 und 1870 einen Fall von *ausgetragener* Tubengravidität publicirt hatten, so liegt der eigentliche Beginn einer vollständigen Umgestaltung der Lehre von der Extrauterinschwangerschaft viel später. Im Jahre 1878 machte Fränkel in Breslau bei schon bestehender Peritonitis in der 32. Graviditätswoche bei einer bereits einige Monate vorher diagnosticirten Extrauterinschwangerschaft, die aber Fränkel aus den Augen gekommen war, die Laparotomie. Die Operation lief unglücklich ab, die Kranke starb kurze Zeit nach derselben, wie das damals gewöhnlich war, und die Autopsie erwies einen Fruchtsack hart links neben dem Uterus gelegen. Der Fruchtsack war musculös, Muskelfasern von ihm gingen auf die Musculatur des Uterus über, das Ovarium der linken Seite lag dem Fruchtsack an — ohne Zweifel der Fruchtsack entstammte der Tube, das Dogma vom typischen Zerreissen des tubaren Fruchtsackes bis zum 5. Monat der Gravidität war von jetzt ab definitiv durchbrochen.

Diese reformatorische Beobachtung brachte zugleich ein ebenso fest stehendes und nicht weniger falsches Dogma in heftiges Schwanken, dass die meisten *ausgetragenen* Extrauterinschwangerschaften *Abdominal*schwangerschaften seien; die früher nie bezweifelte Thatsache von der Möglichkeit einer vollkommen abschliessenden Fruchtsackbildung durch Exsudatmassen, die Thatsache, dass ein so gebildeter Fruchtsack Muskelfasern — wer weiss woher — erhalten könne, Muskelfasern, welche sich energisch contrahiren könnten, solche Thatsachen wurden jetzt mit einem Male mehr als mit Misstrauen aufgefasst.

Jetzt musste eine Revision des vorhandenen Materiales folgen, des literarischen und soweit es möglich war auch des Präparatenmaterials, und da ergab sich die deprimirende Thatsache, dass ersteres zum grössten Theile gänzlich unbrauchbar war; ungeheuer viele Beschreibungen sind so ungenau, häufig geradezu laienhaft gehalten, besonders von den am meisten revisionsbedürftigen *Abdominal*schwangerschaften, dass eine epikritische Untersuchung an ihnen nur eine zu zartfühlende Concession an die Verfasser dieses unzulänglichen Materials bedeutet hätte, richtiger gesagt, unmöglich war. Ein wenig besser war es um das Präparatenmaterial bestellt; hier fand sich manches einer Epikritik Fähige und da ergab sich, was man erwarten konnte; es hielten viele Diagnosen dieser geschärften anatomischen Kritik nicht Stand; das überall als Paradigma einer Ovarialgravidität fungirende Präparat von Dreesen erwies sich als Tubenschwangerschaft, die Abdominalschwangerschaft von Hennigsen erwies sich als Tubenschwangerschaft, die Tuboovarialschwangerschaft von Pletzer löste sich ebenfalls in eine Tubenschwangerschaft auf. Wenn nun nicht zu leugnen ist, dass das sorgfältige Studium, welches Werth den alten und frischen Präparaten von Extrauterinschwangerschaft angedeihen liess, sehr wichtige Details über die morphologischen Eigenthümlichkeiten der in einen Fruchtsack umgewandelten Tube zu Tage förderte und seine Verdienste nicht hoch genug angeschlagen werden können, wenn andererseits, wie schon gesagt, das Gros des literarischen Materials für Nachstudien sich als absolut defect erwiesen hatte, — nicht der unbedeutendste Fortschritt in der makroskopischen Anatomie der Extrauterinschwangerschaft wurde, wie das Fränkel bereits so begonnen hatte, am lebenden Menschen bei Gelegenheit von Operationen gemacht. Jetzt ergab sich, dass die bei weitem häufigste Form der Extrauterinschwangerschaft die tubare ist, und dass die meisten bisher als Abdominalgraviditäten fungirenden *Tuben*schwangerschaften sind; andererseits muss die Abdominalgravidität enorm selten sein, sicher ist sie so selten, dass in der gesammten Literatur *kein einziger* im Lichte der modernen Kritik unanfechtbarer Fall existirt.

Wird die Tube in einen Fruchthalter verwandelt, so ereignet sich die erforderliche Ausdehnung der betroffenen Partien in der verschiedensten Weise; praktisch wichtig ist, ob diese Ausdehnung mehr nach der freien, der abdominalen Seite hin erfolgt, oder mehr nach der Seite hin, wo die Tube vom lockeren Bindegewebe des Ligamentum latum begrenzt wird. Im ersteren Falle sitzt der Fruchtsack mehr gestielt auf den Uterusadnexa auf, bietet also günstige Chancen für eine Entfernung in toto; im letzten Falle liegt der Fruchtsack mit einer mehr oder weniger grossen Calotte im Beckenbindegewebe. Weiter stellte J. Veit bei Gelegenheit einer grösseren Anzahl von frühzeitig vorgenommenen Operationen fest, dass in den ersten Monaten die intraligamentäre Entwickelung stets sehr wenig ausgesprochen ist, mithin in den ersten Monaten *alle* Tubenschwangerschaften einer radicalen Operation zugängig sind.

Die intraligamentäre Entwickelung des tubaren Fruchtsackes war schon früher mehrfach beobachtet worden, zuerst von Loschge, später von Dezeimeris; letzterer nannte diese Form Grossesse extrauterine sousperitoneo-pelvienne und dachte sich ihr Zustandekommen, wie auch eine Reihe späterer Beobachter, durch Platzen der Tube an *der* Seite, wo sie vom Bindegewebe des Ligamentum latum begrenzt ist.

So beobachten wir einmal wieder die Thatsache, dass der Kliniker den Anatomen lehrte, dass einfachste makroskopische Verhältnisse dem scharfen Auge des Anatomen entgangen waren und ihre Entdeckung dem Operateur vorbehalten blieb; auf diesem Gebiete dadurch verständlich, dass langes Siechthum und Tod selbst einfache Verhältnisse bis zur absoluten Unkenntniss verwischen können, welche eine geschärfte Diagnostik mit Hülfe des bei der Operation gestatteten Einblickes unschwer zu analysiren im Stande sind.

Es wäre jedoch ein Verkennen der allergrössten Verdienste, wenn ich, wo ich hier der pathologischen Anatomen erwähne, nicht der glänzenden Arbeiten gedenken wollte, welche in dem letzten Jahrzehnt auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie der Extrauterinschwangerschaft gelei-

stet worden sind. Langhaus', Klebs' und Leopold's Untersuchungen über die Eiimplantation bei Tubenschwangerschaft werden immer classisch bleiben, nicht bloss weil durch sie unsere Kenntnisse auf dem von ihnen bearbeiteten Gebiete gewonnen haben, sondern weil ein klarer Einblick in die genannten Verhältnisse zugleich eine Perspective eröffnet auf das bis dahin sehr wenig vollkommen verstandene Terrain der viel complicirteren Eiimplantation unter normalen Verhältnissen.

Auf diesem Gebiete aber der pathologischen Anatomie der Extrauterinschwangerschaft harren wir Kliniker sehnsüchtig noch weiterer Aufklärung von Seiten der Anatomen; eine der letzteren Arbeiten, die von Walker, ist geeignet zu zeigen, wie viel wir hier noch nicht wissen.

Ich sagte vorhin, dass es hauptsächlich die Kliniker und Operateure waren, welche erfolgreiche Eclärirungspatrouillen und -excursionen in das Gebiet der Anatomie der Extrauterinschwangerschaft machten. Es wäre betrüblich, wenn auch nicht beispiellos, wenn das die einzigen Resultate dieser operativen Bestrebungen gewesen wären.

Während noch vor Kurzem von einer Therapie der Extrauterinschwangerschaft so gut wie keine Rede war, während wir vor Kurzem noch im Wesentlichen uns darauf beschränken mussten, unser ohnmächtiges Handeln in den Dienst der dieser Anomalie gegenüber auch herzlich schwachen Vis medicatrix naturae zu stellen, geben unsere jetzigen anatomischen Kenntnisse der Extrauterinschwangerschaft im Verein mit geschärften Untersuchungsmethoden, unterstützt durch geklärte Anschauungen über Ursache und Vermeidung von Wundkrankheiten, Handhaben für ein actives zielbewusstes und zielgekröntes Handeln.

Eine in den ersten Monaten gestellte Diagnose gestattet meistentheils die totale Entfernung des Eies sammt Fruchtsack durch den Bauchschnitt und errettet zwar mit Opferung eines unzeitigen kindlichen Lebens mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit das mütterliche. Nicht so einfach gestaltet sich die Indicationsstellung, wenn die Extrauterinschwangerschaft schon weiter vorgerückt ist. Ist der Fruchthalter gestielt, so ist die Sache einfach: man kann einen grossen gestielten Fruchthalter ebenso gut in toto entfernen und den Stiel gegen Blutung versorgen, als einen kleinen. Sitzt aber der Fruchthalter intraligamentär, so kann man ihn nicht, wenigstens nicht ganz exstirpiren, und die Blutung aus der Placentarstelle oder die von der zurückgelassenen Placenta aus sich entwickelnde Sepsis schliessen weitere schwere Gefahren für die Trägerin in sich.

Zwar haben Litzmann und Werth gezeigt, dass einige Wochen nach erfolgtem Fruchttode die Placenta sich ohne bedeutenden Blutverlust trennt und haben diese Erfahrung zur Einschränkung der Verblutungs- und Infectionsgefahr für die denkbarst günstige Determinirung der Operation verwerthet. Zwar haben Fränkel und Kaltenbach diagnostische und Schnittführungsmethoden angegeben, um das gefährliche Einschneiden auf die Placenta zu vermeiden, zwar ist es dem operativen Geschick Martin's und Anderer gelungen unter den erschwerendsten Umständen der gefährlichen Nachblutung aus der Placentarstelle zu begegnen, zwar ist ganz vor Kurzem durch Frommel das bis dahin Unmögliche geleistet, bei einer an Berstung des Fruchtsackes dem Verblutungstode nahen Frau durch die Laparotomie, Aufsuchung der blutenden Stelle und Versorgung derselben die Kranke zu retten — im Ganzen müssen wir sagen, befinden wir uns mitten in der Entwickelung einer rationellen Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Im Vergleich zu dem Nichts vor noch 10 Jahren ist bereits Vieles geleistet, doch stellt die complicirte Anomalie noch manche Frage, welche der Beantwortung erst in der Zukunft noch gewärtig ist.

Meine Herren! Ich bin mit meinem Vortrage fast am Ende und habe über Antisepsis fast noch garnichts gesagt; das ist bei einem modernen Vortrage, in welchem noch dazu fast ausschliesslich über Laparotomien verhandelt wurde, etwas Seltenes und Auffallendes; es könnte den Anschein haben und es hat mich selbst so bedünken wollen, als hätte ich den ausgetretenen Pfad absichtlich vermieden, nur um einmal die Dinge von einem anderen Gesichtspuncte aus zu betrachten. Gegen solches Bestreben wäre solange Nichts einzuwenden, solange nicht dadurch die Dinge in einem schiefen und falschen Lichte gesehen und gezeigt werden.

Soweit es mir noch nicht gelungen ist, Ihnen für die erörterten Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshülfe das Gegentheil von der in dieser Voraussetzung ausgesprochenen Vermuthung zu beweisen, denke ich, wird es noch möglich sein, durch einen ganz kurzen Excurs auf das Gebiet der Antiseptik selbst.

Die antiseptische Bewegung steht in einem sehr eigenthümlichen Verhältniss zur Geburtshülfe.

Nachdem 1861 Semmelweis sein Buch über Aetiologie, Begriff und Prophylaxe des Kindbettfiebers geschrieben hatte, und dieses Buch weder für die Geburtshülfe, noch für die Chirurgie, noch für die allgemeine Medicin von der geringsten Bedeutung gewesen war, wird Anfang der 70er Jahre in Deutschland im Wesentlichen durch die Verdienste Richard v. Volkmann's die Lister'sche Wundbehandlungsmethode in die Chirurgie eingeführt. Die glänzenden Resultate, welche mit diesem Verfahren auf deutschen Kliniken erreicht wurden, welche sich nur um so glänzender abhoben auf dem schwarzen Hintergrunde, auf welchem die Millionen verzeichnet standen, welche der Hospitalsepsis zum Opfer gefallen waren, mussten auch die Geburtshelfer zur Beachtung anregen und sie auffordern, diese Methode auf ihr Gebiet zu übertragen.

So schön nun an dem Lister'schen Verfahren war, dass es ein vollständig abgeschlossenes fertiges System der Behandlung gab, welches einfach schematisch angewendet, bereits zu guten Resultaten führte, so misslich war es, dass dieses starre System sich nicht für das geburtshülfliche Terrain umgestalten liess. Zwar blieb es nicht aus, dass der Spray soweit missverstanden wurde, dass z. B. auf manchen Gebäranstalten die Kreissenden unter Carbolspray niederkommen mussten, zwar hatte das Lister'sche Verfahren zur Folge, dass auf den geburtshülflichen Kliniken durch das Verdienst von Fritsch das methodische Irrigiren der Scheide und des Uterus eingeführt wurde, aber Resultate, welche man den auf chirurgischen Kliniken erreichten zur Seite stellen konnte, wurden noch nicht geschaffen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass auf chirurgischen Kliniken die grössten, eingreifendsten Verletzungen fieberlos heilten, auf den geburtshülflichen Kliniken dagegen noch Menschen und mitunter garnicht so wenige einem natürlichen Process, wie ihn eine spontane Geburt darstellt, zum Opfer fielen. Eine an und für sich ingeniöse Idee, wie die A. Schücking's, die Kreissenden nach genügender Desinficirung unter Spray niederkommen zu lassen, alsdann nach beendeter Geburt sofort eine permanente Irrigation zu installiren und den im Uterus verweilenden Catheter durch einen completen Listerverband, welcher die äusseren Genitalien deckt, zu fixiren, war, das konnte ihr Niemand absprechen, eine dem Lister'schen Verfahren vollständig gleichwerthige Methode. Da sie aber das war, so traf sie auch nicht den Nagel auf den Kopf, umständlich und schwerfällig war sie ausserdem und deshalb konnte sie sich selbst in der Einschränkung, dass sie nur bei sehr schweren Geburten und bei bereits septisch Inficirten angewendet werden sollte, keinen Eingang erringen.

Seit Einführung des Lister'schen Verfahrens sind etwas mehr als 10 Jahre vergangen, Spray, protectiv silk, achtfache Gaze, all der charakteristische solidarisch zum Lister'schen Verfahren gehörende Apparat ist theils verschwunden, theils in seiner Verwendung so stark modificirt, dass in den jetzt üblichen Wundbehandlungsmethoden das Lister'sche Verfahren kaum mehr herauszuerkennen ist. Es ist im Ganzen und Grossen auch bereits abgelöst worden.

Die feinen subtilen Methoden von Robert Koch, Mi-

kroorganismen zu erkennen, sie darzustellen, sie zu züchten und ihr Vorhandensein durch Cultivirung auf sterilisirten Nährböden sinnfälliger zu machen, haben die Lehre von den Mikroorganismen und auch derer, welche die Feinde der Verwundeten, Gebärenden und Wöchnerinnen sind, überhaupt erst gegründet; der Collectivbegriff Bacterie hat sich in dem Lichte des Abbe'schen Condensor auflösen lassen in eine grosse Anzahl verschiedenster Formen, harmlose und gefährliche; die Lehre von den Mikroorganismen ist zu einem riesigen Gebäude aufgeführt worden.

Tausende von fleissigen Händen und Köpfen haben sich geregt und geholfen an dem Bau wie er jetzt steht; die Gelatine, die Färbemittel, das Zeiss'sche Mikroskop wurden die populärsten Instrumente, die je die medicinische Werkstatt besessen hat; exacte Forscher wie Praktiker aller Disciplinen lernten sie gebrauchen und selbst viele praktische Aerzte, welche sich unter dem lastenden Drucke des Alltagslebens noch die Kraft für die Regung eines wissenschaftlichen Triebes erhalten hatten, sie impften, sie züchteten, sie mikroskopirten und färbten — von allen Ecken und Enden wurde der chirurgische geburtshülfliche gynäkologische Apparatus mit den bald erlernten Methoden der Darstellung von Mikroorganismen einer Kritik unterworfen; jeder Aerztecongress, jede Naturforscherversammlung brachte ein Armamentarium neuer, leicht aseptisch zu machender Operationstische, Messer, Zangen, Löffel; jeder Monat brachte Arbeiten über den antiseptischen Werth der verschiedenen desinficienten Methoden und Apparate, Instrumente und sonstiges Geräth zu sterilisiren, Verfahren Operations- und Verbandmaterial keimfrei zu machen, erst vor wenigen Tagen erhielten wir ein werthvolles Werkchen, welches die schwerstzulösende Aufgabe, die Sterilisation der Oberfläche unserer Hände behandelt, und ich selbst habe die Discretion meiner Fingertoilette auf dem Altar von Fürbringer's Forschungseifer geopfert und ihm durch etwas Nagelschmutz von mir einen werthvollen Beitrag für dieses sein Werk geliefert.

Und so ist es gekommen dadurch, dass wir Kliniker uns direct die sinnreichen Methoden, welche der Bacteriologe anwendet, um die von ihm zu untersuchenden Objecte frei zu halten von zufälligen Beimischungen, absahen und soweit als möglich für unsere Zwecke adaptirten, dass die Desinfectionsmethoden enorm an Einfachheit gewonnen haben, so enorm, dass sie einem Nichtkundigen wohl nur als eine potenzirte Reinlichkeit imponiren können, so enorm, dass eine potenzirte Reinlichkeit, verbunden mit unbewusst geübter Asepsis auf dem Gebiete der blutigen Operationen angewendet und von guten Resultaten begleitet, einem dieser Wissenschaft ferner stehenden Manne, wie Lawson Tait ist, in dem vorgefassten Gedanken zu bestärken im Stande ist, die Wundkrankheiten hätten mit Mikroorganismen Nichts zu thun, ebensogut wie an pathogene Mikroorganismen für die Wundkrankheiten könne man an einen Bacillus für das Erdbeben glauben.

Bei Weitem am meisten hat von der Vereinfachung und kritischen Umgestaltung der Desinfectionsverfahren diejenige Disciplin profitirt, welcher das Lister'sche Verfahren wenig oder garnicht zu Gute gekommen war, — die *Geburtshülfe*.

Durch die Einführung exacter kritisch gesichteter Desinfectionsmethoden, wie sie erst seit der näheren Bekanntschaft mit den Lebe- und Sterbebedingungen der Mikroben eingeführt sind, hat die Sicherheit in der Vermeidung von Einführung pathogener Mikroben in den Organismus bei Gelegenheit der Geburt, soweit es sich um Mikroben ausserhalb des leidenden Organismus selbst handelt, eine nahezu absolute Höhe erreicht, und eine nahezu ebensolche Höhe, soweit es sich um Mikroben handelt, welche in der Gebärenden selbst ihren Wohnsitz haben; das heisst, die Infection von aussen kann mit grosser Sicherheit, die Selbstinfection mit grosser Wahrscheinlichkeit vermieden werden.

Dass dadurch der Standpunct zu sämmtlichen geburtshülflichen Operationen im Vergleich zu etwa noch vor 10 Jahren gewaltig verschoben ist, dass heute leicht gewagt werden kann, was noch vor 10 Jahren als «Eingriff» respectirt werden musste, und dass die gleichzeitige Entwickelung dieser aufgeklärten Asepsis neben der Entwickelung der beiden vorhin gedachten grossen Operationen, dem Kaiserschnitt und der Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft, der Weiterentwickelung auch *dieser* Operationen zu Gute kam und weiter zu Gute kommen wird, ja unter allen Umständen die Basis abgab, auf welcher die Entwickelung dieser Operationen zu dieser Höhe erst möglich war, ist sinnfällig.

Auf diese Höhe wäre die Geburtshülfe beinahe schon einmal gekommen vor 25 Jahren, wenn nämlich Semmelweis gehört worden wäre. Ich kann mich durchaus nicht der Ansicht vieler Geburtshelfer anschliessen, dass die geburtshülflichen Kliniken früher pureficirt wären, als die chirurgischen — nämlich bereits durch Semmelweis; sie hätten es werden *können*, aber sie *wurden* es nicht. Noch in den 70er Jahren, von Anfang der 70er weiss ich es aus eigener Erfahrung, waren geburtshülfliche Kliniken, die unter absolut moderner Leitung standen, von denselben Puerperalfieberepidemien heimgesucht, als die Wiener zu Semmelweis' Zeit. Ich verhehle mir durchaus nicht, dass einzelne Wenige die Richtigkeit von Semmelweis' Lehren anerkannten, auch darnach handelten und handeln liessen, aber die Häufigkeit des Puerperalfiebers in geburtshülflichen Kliniken bewies doch, dass bei Weitem nicht das erreicht war, was hätte erreicht werden können. Hatte man in den 60er Jahren ernsthaft an die Cassation der Entbindungsanstalten staatlicherseits gedacht, auch noch in den 70er Jahren war es humanen und zartfühlenden Directoren oft nahe gelegt, die ihnen unterstehenden Entbindungsanstalten wegen Puerperalfiebers wenigstens temporär zu schliessen.

Diejenigen literarischen Bemühungen Semmelweis den Ruhm zuzuerkennen, dass durch sein Verdienst die deutschen geburtshülflichen Kliniken pureficirt worden wären, solch' liebenswürdige Bestrebungen die Manen des misshandelten grossen Mannes zu versöhnen, verschieben nur den Standpunct.

Seien wir ehrlich und gerecht. Semmelweis' Genialität wurde von *seiner* Zeit *nicht* verstanden, erst die Epigonen erkannten seine Grösse; sein Verdienst wird jetzt ewig leben, seien wir ehrlich — als Märtyrer steht uns sein Bild herrlicher vor Augen, als als Held und richtiger.

Diejenigen Desinfectionsverfahren, welche in Folge der Einführung des Lister'schen Verfahrens in die chirurgischen Kliniken auf den geburtshülflichen sich einbürgerten, krankten noch an grosser Unsicherheit und äusserst mangelhafter Kritik.

Jetzt aber haben wir Methoden, vermittelst deren wir die Valenz unserer Desinfectionsverfahren prüfen können, und nach welchen wir diese in beliebiger Weise verschärfen, bis zu beliebiger Höhe steigern können. Unsere modernen Desinfectionsverfahren sind *einfach*, wir können sie verwenden in der Hütte der Tagelöhnerin ebenso wie im Palaste der Fürstin, im Privathause ebenso wie in der Klinik.

Diese Desinfectionsverfahren aber mit ihrer Sicherheit und ihren Erfolgen versöhnen mit einander zwei Stellungen, welche zwar stets in derselben Person vereinigt in der voraseptischen Zeit einander geradezu feindlich gegenüber standen. Wenn seiner Zeit Semmelweis zeigte, dass diejenige Klinik in Wien, an welcher die Aerzte ausgebildet wurden, um sehr viele Procente höhere Sterblichkeit an infectiösem Puerperalfieber aufwies, als die für Hebammen, und durch diese Zahlen in Verbindung mit den logischsten Argumenten von der Welt den Beweis erbrachte, dass unter den damaligen Verhältnissen aus dem Umstande, dass die Gebärenden zum Unterrichtsmaterial dienten, für diese direct eine Gefahr, ja unter Umständen eine Lebensgefahr erwuchs, so hätte diese bedauerliche Thatsache den beauftragten Lehrer der Geburtshülfe in Wien, wenn er die richtige Ansicht von Semmelweis acceptirt hätte, in das

furchtbarste Dilemma bringen müssen. Der klinische Lehrer durfte seine linke Hand nicht wissen lassen, was die rechte that, als klinischer Lehrer, je besser er seiner Aufgabe genügte, die Pflegebefohlenen dem Unterrichte zugänglich zu machen, als Arzt hätte er das nie gestatten dürfen.

Das ist anders geworden.

Dieses Jahrzehnt weist viele geburtshülfliche Kliniken auf, in welchen die Pfleglinge zugleich dem Unterrichte dienen, und in welchen Serien von Jahren hintereinander kein Todesfall und auch kein schwererer Krankheitsfall an Puerperalfieber vorgekommen ist. Heute kann man sogar in einer gutgeleiteten Anstalt, in welcher gewisse Zufälligkeiten, die in der Privatpraxis immer eine Rolle gespielt haben und noch heute spielen können, ausgeschlossen sind, der Hülfe Suchenden grössere Sicherheit für ihr Gesundbleiben bieten, als im Privathause, heute kann der Dirigent einer Universitäts-Frauenklinik wieder voll das Bewusstsein haben, wie jeder klinische Lehrer anderer Disciplinen auch, Leiter einer Anstalt zu sein, die eine Pflegestätte der Wissenschaft und eine heilbringende Zuflucht für Leid und Elend zugleich ist.

Referate.

Die Heilung des Milzbrandes.

Von
Dr. Rudolph Emmerich.
(Archiv für Hygiene. Band 6, Heft 4).
Referirt von Dr. J. Ucke.
(Schluss).

Im 2. Versuche wurden 3 Thiere genommen. № 3 war das Controlthier, die beiden anderen № 4 und 5 erhielten, nachdem allen 3, jedem zu 3 Millionen Milzbrandbacillen unter die Haut eingespritzt worden waren, nach 8 Stunden eine Erysipelkokkenbacillenreincultur ins Ohr gespritzt, mit dem Unterschiede, dass № 4 eine Cultur erhielt, welche 24 Stunden einer Temperatur von 41,5 — 41,8° C. ausgesetzt gewesen war. Bei dieser Temperatur tritt im Verlaufe einiger Tage eine Abschwächung der Virulenz der Erysipelkokken ein, die aber in der kurzen Zeit eines Tages einen sehr geringen Grad erreicht. Von der abgeschwächten erhielt № 4 — 12 Ccm. in die Ohrvene, und ausserdem von der nicht abgeschwächten 8 Ccm. in die Umgebung der Milzbrandinjectionsstelle. Die № 5 erhielt dagegen blos virulente Cultur 5 Ccm. in die Ohrvene und 12 Ccm. in die Haut. № 3 und 5 waren beide nach 45 Stunden todt, № 4 lebte, frass und putzte sich.

Bei der Section des Controlthieres № 3 zeigten sich schwere Milzbranderscheinungen: sulziges Exsudat unter die Bauchdecken, ins Mediastinum, vergrösserte Milz u. s. w. Bei der Section des Milzbranderysipelkaninchens № 5 fanden sich schöne Ketten von Erysipelkokken in grosser Anzahl und keine Milzbrandbacillen. Die pathologischen Veränderungen können wir weglassen. Auf Nährgelatineplatten von der Milz entwickelten sich nur vereinzelte Milzbrandbacillencolonien und nur wenige Erysipelcolonien, so dass man annehmen muss, dass beide in grosser Zahl zu Grunde gegangen sind. Auf Platten von Leberstückchen wuchsen zahllose Erysipelkokkencolonien und keine einzige Milzbrandbacillencolonie; ähnlich auf der Herzblutplatte. Auf der Nierenplatte ca. 10,000 Erysipelcolonien und nur vereinzelte (20—30) Milzbrandbacillencolonien.

Das Milzbranderysipelkaninchen № 4 gebar 3 Tage nach der Infection 9 ausgetragene todte Foeten. In diesen fand sich nicht eine einzige Colonie weder von den Milzbrandbacillen, noch von den Erysipelkokken. Das Thier № 4 macht die Krankheit durch, wie das früher erwähnte und nimmt vom 19. Tage wieder an Gewicht zu, und 3 Wochen später konnte man es als ganz gesund betrachten. Es wurde von der Institutsputzerin geschlachtet und verspeist. Darauf wurden noch 2 Versuche mit 2 Paar Kaninchen gemacht, welche dieselben Resultate gaben. Als beim letzten Versuche das Controlthierchen am 5. Tage starb, wurde auch das andere geschlachtet, und wenn beim ersten sich auf den Platten Milzbrandbacillen massenhaft entwickelten, so beim 2. kein einziger Bacillus, wohl aber viele Erysipelkokken. Es sind somit die Bacillen von den Kokken vernichtet.

Nicht wesentlich ist bei den Heilversuchen mit Erysipel die Beobachtung, dass ganz frisch aus menschlichen Erysipelfällen gezüchtete Kokkenculturen von verschiedenen Kranken einen verschiedenen Grad von Virulenz haben und ihre Virulenz behalten, wenn sie auf ein Nährsubstrat übertragen werden, in einem Falle ein ganzes Jahr lang.

Man kann sich annähernd eine Vorstellung von der Zahl der Milzbrandbacillen machen, welche beim Vernichtungskampfe innerhalb des Organismus zu Grunde gehen, wenn wir die in den Organen der Milzbrandcontrolkaninchen constatirte Bacillenzahl zu Grunde legen. In 50 Mg. Lebersubstanz von diesem an Milzbrand verendeten Kaninchen waren nach der Plattenzählung ca. 300,000 Milzbrandbacillencolonien zur Entwickelung gekommen. Das Gewicht der Leber betrug ca. 120 G., somit enthielt die Leber 720 Millionen Milzbrandbacillen. Eine ähnliche Anzahl ist von der Leber der durch Erysipel geheilten Kaninchen vernichtet worden, und in dem ganzen Kaninchen viele Tausendmillionen Milzbrandbacillen. Bei so gewaltigen Schlachten sind die Opfer eines menschlichen Krieges nur gering an Zahl.

Untersucht man nun das Schlachtfeld, also zuerst die Organe eines Controlkaninchens und färbt die Schnitte, so findet man überall im Gewebe zerstreut oder in Schwärmen und Knäueln gruppenförmig gelagert, tiefblau gefärbte Milzbrandbacillen und Ketten von solchen. Ein ganz anderes Bild bieten uns die gleichbehandelten und gefärbten Schnitte von Organen der Milzbranderysipelkaninchen. Sie sind natürlich verschieden je nach der Zeitdauer zwischen Milzbrand- und Erysipelinfection und dem Eintritt des Todes. Tödtet man die intravenösbehandelten Thiere unmittelbar nach dem Tode des Controlkaninchens, so sind die Organe im Zustande der acuten parenchymatösen Entzündung, die Zellen in trüber Schwellung. Zu dieser Zeit sieht man noch viele Milzbrandbacillen mit deutlichen Contouren, aber beinahe alle sind nicht mehr blau gefärbt, sie haben die Anilinfarben nicht mehr aufgenommen, sie waren eben schon todt. Sie sind von Farbe braun und der Inhalt der Spaltpilzzellen stellt keine homogene Masse dar, wie bei den blos mit Milzbrand inficirten Thieren; er ist körnig, zerfallen, nicht mehr gleichmässig gefärbt. Nur eine Minderzahl zeigt blaue Färbung, davon einige blos zur Hälfte, die andere Hälfte braun und gekörnt.

Tödtet man die mit Erysipel behandelten Thiere erst 2—3 Tage nach dem Tode des entsprechenden Controlkaninchens, dann sind alle Milzbrandbacillen ohne Ausnahme entfärbt, viele haben ihre ursprünglichen Contouren erhalten, andere sind zerfallen und so findet man im nekrotischen Gewebe neben körnigen Detritushaufen noch einzelne wenige Bacillen, und der Detritus besteht eben aus zerfallenen Milzbrandbacillen. Erysipelkokken können in diesem Stadium noch in gut gefärbtem Zustande vorhanden sein, sehr häufig findet man aber keine mehr.

Tödtet man endlich ein Milzbranderysipelkaninchen noch später, 8—14 Tage nach dem Tode des Milzbrandcontrolthieres und untersucht nun die gefärbten Organschnitte, so findet man absolut nichts von Spaltpilzen, weder Milzbrandbacillen noch Erysipelkokken, ein Beweis, dass das Thier beide Infectionen überstanden hat und Bacillen wie Kokken untergegangen und aus dem Körper eliminirt sind.

Der Untergang der Milzbrandbacillen im thierischen Organismus unter dem Einflusse von Erysipelkokken und die schliessliche Vernichtung auch der letzteren ist durch die gemachten Untersuchungen eine erhärtete Thatsache, und dadurch dass die Thiere in verschiedener Zeit nach der Infection getödtet wurden, konnte der Absterbeprocess und Zerfall der Milzbrandbacillen verfolgt und studirt werden.

Was ist nun die Ursache des Unterganges dieser Unzahl heftig wirkender Infectionserreger, von denen die Milzbrandbacillen, wenn sie allein ins Gewebe dringen, immer sieghaft den Kampf mit den Körperzellen bestehen und in kolossalen Massen im Gewebe gefunden werden?

Die Frage nach der Ursache der beobachteten merkwürdigen und erfreulichen Thatsachen hat nicht nur wissenschaftliches, sondern auch das grösste praktische Interesse.

Bei der Beantwortung ist zunächst zu beachten, dass in einer künstlichen Nährlösung, ausserhalb des Organismus und in Nährgelatine, Milzbrandbacillen und Erysipelkokken ohne gegenseitige Beeinträchtigung auf das Beste gedeihen und sich gegenseitig nicht schaden, und zwar ist dieses unter allen Umständen der Fall, in Bouillon oder Gelatine, bei Zimmertemperatur oder bei Blutwärme. Es verhält sich der Körper anders als Reagensglas, Kolben und Retorte. Nahe liegend war anzunehmen, dass das Fieber und die durch die Erysipelkokken hervorgebrachte Erhöhung der Körpertemperatur die alleinige oder Hülfsursache des raschen Unterganges der Milzbrandbacillen sei. In Folge dessen hat Emmerich die Körpertemperaturen 3 mal täglich beobachtet, und fand, dass bei einigen nur mit Milzbrand inficirten Thieren, welche 3 Tage nach der Infection verendeten, die Körpertemperatur in der kritischen Zeit fast ganz gleich war, wie bei den mit Erysipel nachbehandelten Milzbrandthieren, welche beide Injectionen überstanden haben; ja es kam vor, dass bei den Erysipelthieren in der kritischen Zeit die Körpertemperatur fast ganz normal war und diese lebten auch länger als die Milzbrandthiere bei 41°.

Der Untergang der Milzbrandbacillen kann also nicht durch das Verhalten der Körpertemperatur bedingt sein.

Dagegen scheint die Fiebertemperatur bei der schliesslichen Elimination der Erysipelkokken aus dem Organismus eine Rolle zu spielen. Nach Ueberwindung der Milzbrandinfection bleibt bei den mit virulentem Erysipel nachbehandelten Thieren die Körpertemperatur ziemlich constant auf der Höhe von 41° C. 8—14 Tage hindurch. Die Thiere magern ab, obgleich sie Nahrung nehmen, und erst später, wenn die Temperatur normal wird, nehmen die Thiere an Körpergewicht zu und erholen sich ziemlich rasch. Emmerich hat durch Versuche festgestellt, dass bei einer Temperatur von 41—41,8° C. eine Abschwächung der Virulenz von Erysipelkokkenculturen eintritt, und ist entschieden der Meinung, dass neben anderen Ursachen namentlich die fortdauernde Fiebertemperatur von 41° C. es ist, welche die Erysipelkokken im Organismus zu Grunde richtet. Daher hat auch beim Erysipel des Menschen die hohe Fiebertemperatur von 41° und drüber eine günstige prognostische Bedeutung und eine rationelle Therapie darf in Zukunft gegen eine solche Temperatur nicht antipyretisch vorgehen; man muss eher suchen sie

hervorzubringen und zu erhalten. So wenig es einem Zweifel unterliegt, dass diese Temperatur die Erysipelkokken im Organismus abschwächt, so dass sie absterben und eliminirt werden, so sicher ist es andrerseits, dass die Höhe der Temperatur beim Absterbeprocess keine Rolle spielt.

Das Verhalten der Körpertemperatur bei den Milzbranderysipelthieren war durchaus nicht typisch, vielmehr sehr unregelmässig; auch ging das Absterben, der körnige Zerfall der Milzbrandbacillen in viel zu kurzer Zeit, in wenigen Stunden bis zu einem Tage vor sich. In so kurzer Zeit kann ein so vollständiger Zerfall durch Temperatureinflüsse nicht vor sich gehen, wie das ja Pasteur's Abschwächungsversuche zeigten, wo selbst bei 42° C. eine Verminderung der Virulenz erst nach Tagen eintrat. Wir müssen uns daher nach andern Ursachen umsehen, deren deletäre Wirkung auf Spaltpilze bekannt und erwiesen ist.

Wenn die Erysipelkokken die Fähigkeit hätten ohne Sauerstoff zu leben, also Anärobien wären, so könnten sie die ärobischen Milzbrandbacillen in den sauerstofffreien Geweben verdrängen und zu vernichten vermögen. Aber beide haben das Sauerstoffbedürfniss. Also darin kann die Ueberlegenheit der Erysipelkokken nicht begründet sein, welche sie auch ausserhalb des Organismus nicht besitzen. Ja, die Milzbrandbacillen entwickeln sich innerhalb der Gewebe, die Haut ausgenommen, viel rascher und bringen den Tod des erkrankten Thieres schneller zu Wege, als die Erysipelkokken, welche man selbst bei intravenöser Injection grosser Mengen nur in vereinzelten Gruppen in den Geweben wiederfindet, während die Milzbrandbacillen ganze Gewebscomplexe in dichten Knäueln erfüllen und durchwuchern.

Diese Ueberlegungen führen zu der Ueberzeugung, dass es unmöglich die Erysipelkokken selber sind, welche die Milzbrandbacillen im Organgewebe so rasch vernichten und dass man den merkwürdigen Vorgang nicht einfach als einen Kampf ums Dasein zwischen Erysipelkokken und Milzbrandbacillen auffassen kann. — Wo kann nun die Ursache liegen?

Vergebens würden wir nach ihr suchen, wenn wir nicht wüssten, dass die Zelle das letzte und wesentlichste Formelement aller lebendigen Erscheinung sowohl im Gesunden wie im Kranken ist, von der alle Thätigkeit ausgeht. Die Bacteriologie setzt dieses in ein helleres Licht, denn nur die Erkenntniss des cellulären Princips ermöglicht das Verständniss des Wesens, des Verlaufes, der Wirkung und des Ausganges aller bacteriellen Processe. — Virchow hat uns gelehrt, dass die Körperzelle als ein selbständiges, actives Individuum aufzufassen ist, dem active Fähigkeiten zukommen, das sich selbst ernährt, d. h. je nach Bedarf aus seiner Umgebung aufnimmt, was ihm frommt und nicht aufnehmen muss. Die Körperzelle reagirt auf Reize verschiedener Art mit erhöhter Activität, nimmt dann mehr Ernährungsflüssigkeit auf, hält sie fest und verarbeitet sie, und alle entzündlichen Vorgänge, ganz abgesehen von ihrer Aetiologie, also auch die noch dunkeln bacteriologischen Entzündungen stellen nichts anderes dar, als eine vermehrte Aufnahme von Material in das Innere der Zelle. Die Zelle wird grösser, ihr Zerfall trübe durch eiweissartiges körniges Material. Daraus resultirt erhöhte Kraftäusserung und grössere Widerstandsfähigkeit gegenüber den Spaltpilzen. Damit war die Grundlage geschaffen für die Erkenntniss, dass die bacteriellen Processe aufzufassen sind als der im Innern der thierischen Körper stattfindende Kampf ums Dasein zwischen den Körperzellen und den eingedrungenen Spaltpilzen. Wenden wir diesen Standpunct auf unseren vorliegenden Fall an, so können wir ihn so auffassen, dass die Erysipelkokken eine erhöhte Activität der Körperzellen verursachten, die nutritive Reizung aufs Aeusserste steigerten und so den Untergang der Milzbrandbacillen herbeiführten. Die Untersuchung der Organe unterstützt diese Anschauung. Stets waren die Zellen in trüber Schwellung. Kernanhäufung, Quellung des interstitiellen Bindegewebes waren immer vorhanden. Welchen Antheil bei diesem Kampfe die fixen Körperzellen, welchen die Phagocyten haben, ist noch festzustellen. Offenbar ist der Grad der Reizung oder Entzündung durch die Erysipelkokken ein weit intensiverer und auch wohl qualitativ verschiedener von der durch die Milzbrandbacillen. Diese letzteren werden also nicht durch die Kokken vernichtet, sondern durch die Erregung der Körperzellen, welche auch den Erysipelkokken feindlich gegenüber stehen und zuletzt auch diese vernichten.

Die Frage, worin die deletären Wirkungen bestehen, welche die entzündeten Gewebezellen den Milzbrandbacillen gegenüber äussern, können wir nur auf Grund theoretischer Betrachtungen beantworten. Die trübe Schwellung der Gewebezellen ist mikroskopisch nachweisbar und so kann man annehmen, dass die Körperzellen das gesammte intracelluläre Nährmaterial in Beschlag nehmen und so die Vermehrung der Spaltpilze unmöglich machen, wie sie ja auch keine Sporen bilden. Es ist der Kampf um die Nahrung. Diese Beschlagnahme geschieht so plötzlich, dass die Spaltpilze an Erschöpfung zu Grunde gehen.

Die Erysipelkokken überdauern die Milzbrandbacillen im Körper um mehrere Tage, und das lässt uns annehmen, dass ihre Zellmembran die Nährflüssigkeit rascher aufsaugt als die Bacillen. Aber auch sie werden durch die Activität der Körperzellen beeinträchtigt, scheinen darum sich in den inneren Organen nicht zu vermehren, aber massenhaft in der Haut. Daher die geringere Gefahr des betroffenen Individuums. Die Therapie des Erysipels beim Menschen hat daher zu trachten, dass die Erysipelkokken nicht in den Kreislauf gelangen, den Saftstrom möglichst in die Peripherie zu leiten, wobei man auch sich bestreben kann die Erysipelkokken durch die Fiebertemperatur abzuschwächen.

E. von Bergmann: Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. (Langenbeck's Archiv. XXXVI, 4).

Eine umfangreiche, eingehende und klärende Arbeit, deren Tendenz wesentlich gegen die in neuerer Zeit unter dem Schutze der Antiseptik zu Tage getretene planlose Waghalsigkeit in dem beregten Gebiete gerichtet ist. Dies ist der Grundgedanke, der durch die drei grossen Abschnitte, in welche die Arbeit zerfällt, und die Hirnabscess, Hirntumor und Rindenepilepsie zum Gegenstand haben, hindurchzieht. — Am besten motivirt ist die Eröffnung des Hirnschädels beim Hirnabscess, da ein solcher ohne das Dazwischentreten des Chirurgen nur zum Tode, als einzig möglichen Ausgang, führen kann. Immerhin komme es auch hier nicht darauf an, unter jeder Bedingung jeden Abscess in den Hemisphären des Gross- und Kleinhirns aufzufinden, sondern nur darauf, denjenigen, welchen zu erkennen uns die klinische Erfahrung der Zeit gestattet, nicht uneröffnet zu lassen. Bis zu einer gewissen Höhe der Wahrscheinlichkeit müsse die Diagnose gebracht sein, ehe die chirurgische Action in ihre Rechte trete, damit diese nicht dem Tasten eines Blinden gleiche. Die Technik der Eröffnung dieses Hirnabscesses werde uns heut zu Tage nicht mehr von der Operation abschrecken. Die Diagnose allein sei es, von der wir Alles, d. h. den Fortschritt in der Behandlung und Heilung zu erwarten haben. Den gegenwärtigen Stand dieser Frage hat Verf. mit aller Ausführlichkeit und der ihm eigenthümlichen lichtvollen Klarheit dargelegt, wodurch das Studium der vorliegenden Arbeit sich zu einem überaus lohnenden gestaltet.

Noch engere Grenzen weist Verf. der Operation bei Hirngeschwülsten zu, indem er sie nur für weniger bestimmt diagnosticirte Fälle reservirt. Und selbst bei diesen habe dieselbe zunächst nur die Bedeutung einer Exploration, d. h. eines, behufs näherer Untersuchung auszuführenden operativen Eingriffes. Erst nach Eröffnung des Schädels könne sich der Operatur davon überzeugen, ob die Neubildung überhaupt erreichbar ist, und ob, wenn sie zugänglich gemacht worden ist, nicht ihre Grösse und ihr Verhältniss zur Nachbarschaft, ihre Infiltration in diese, die Herausnahme verbieten. Der Chirurg müsse stets darauf gefasst sein, die Operation früher oder später abzubrechen und aufzugeben. Nur in dieser Voraussicht sei der Versuch einer operativen Behandlung derjenigen Hirngeschwülste, deren Sitz an zugänglicher Stelle die Diagnose ermittelt hat, zulässig, ja, wenn der Chirurg hinzugezogen wird, noch ehe das terminale Stadium erreicht ist und das tiefe Coma jede Hoffnung nimmt, auch geboten.

Was die Epilepsie anbetrifft, so eignen sich nur diejenigen Fälle zur Trepanation, welche das volle reine Bild der traumatischen Rindenepilepsie darbieten, die also ausgezeichnet sind durch den constanten Beginn der Krämpfe in einer bestimmten Muskelgruppe und die vorzugsweise Betheiligung derselben am Anfalle, weiter durch die typische Ausbreitung auf die gleiche und die entgegengesetzte Körperseite, sowie endlich die vorübergehenden oder längere Zeit anhaltenden Hemiparesen und wirklichen Paralysen in den zuerst von den Krämpfen heimgesuchten Muskelgebieten. Deckt sich so der Verlauf des Anfalls mit den Ergebnissen der Reizung psychomotorischer Rindenfelder am Thiere, so ist es erlaubt, ja geradezu geboten, das Mittel, wodurch wir im Thierversuch den Krämpfen Einhalt gebieten können, auch für diese sonst unheilbaren Fälle menschlicher Erkrankung in Anwendung zu ziehen; d. h. wir werden die Schädelkapsel eröffnen, um nach dem Vorgange Horsley's, das erkrankte Rindenfeld zu exstirpiren. G.

Eugen Hahn: Ein Verfahren beliebig grosse Stücke aus Kröpfen ohne Tamponade und Blutverlust zu entfernen. (Langenbeck's Archiv XXXVI, 3).

Das Verfahren besteht in Absperrung der gesammten Blutzufuhr vor Eröffnung der Drüsenkapsel und hat sich Verf. in dem Falle eines 12-jährigen Mädchens gut bewährt. Es wurde zunächst ein Schnitt in der Medianlinie vom Jugulum bis zum Ringknorpel gemacht, dann durch die von Kocher angegebenen seitlichen Incisionen die Trennung der Musculi sterno-hyoïdeï und sterno-thyreoïdeï nach doppelter Unterbindung der oberflächlichen Venen vorgenommen und die ganze Drüse freigelegt. Nach Heraushebung der einzelnen Lappen wurden dann nach einander die beiden Artt. thyr. sup. und die Art. ima einfach mit Catgut unterbunden und die beiden Artt. thyr. inf. mit Unterbindungszangen gefasst; letzteres mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Mitfassung des N. recurrens, welche sich unmittelbar nach der Operation durch Sprachstörungen verrathen müsste und dann natürlich schleunige Abhilfe erfordern würde. Die Unterbindungszangen müssen darum auch mit dünnen Drainröhren bekleidet sein und dürfen nur schwach federn, um den etwa gefassten Nerven nicht zu zerquetschen. — Verf. konnte nach dieser Voroperation beiderseits fast das ganze Drüsengewebe, bis auf absichtlich zurückgelassene Reste, ohne Blutverlust mit der Scheere entfernen. Die Unterbindungszangen wurden nach 24 Stunden ohne Nachblutung entfernt und die bis dahin tamponirt gewesene Wunde durch Secundärnähte vereinigt. Die Wundheilung verlief ohne Zwischenfälle. Die Vortheile dieser Methode liegen auf der Hand. G.

Ernst Laplace: Rohe Schwefelsäure als Desinfectionsmittel. (D. med. W. № 7).

Rohe Carbolsäure ist sehr schwer in Wasser löslich, doch wenn man gleiche Volumina dieser rohen Carbolsäure und roher Schwefelsäure mit einander schüttelt und erkalten lässt, so löst sich die schwarze, syrupartige Masse sehr gut in Wasser.

Desinfectionsversuche mit derselben haben das überraschende Resultat ergeben, dass Milzbrandsporen von einer 4% wässerigen Lösung der rohen Schwefel-Carbolsäure in 48 Stunden, von einer 2% Lösung in 72 Stunden sicher vernichtet werden. Dieser hervorragenden Wirksamkeit wegen muss dem Mittel grosser praktischer Werth beigelegt werden, um so mehr, als dasselbe sehr billig ist.

Max Schmidt.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 18. November 1887.

1. Dr. Mandelstamm demonstrirt einen 17-jähr. Pat. mit beiderseitigem Mikrophthalmus congenit. Rechtes Auge völlig atrophischen Aussehens bei rundlichem, abgeflachtem Hornhautreste, erhaltener Pupille; zählt Finger auf 6'. Beiderseits Colobom der Iris und Choroïdea. Nystagmus.

2. Dr. Hach: Anknüpfend an neuerdings von ihm beobachtete Puerperalfieberfälle, in denen, wie ausführlich dargethan wird, die Infection unzweifelhaft durch 2 Hebammen vermittelt worden, fordert Redner zu energischem Vorgehen gegen das unverantwortliche Handeln der Hebammen auf. In den angeführten Fällen seien die Heb. in dunkelwollenen Kleidern, ohne oder mit ungenügend grosser Schürze angetroffen worden und hätten weder Nagelbürste noch Carbolseife gehabt. Abhülfe thäte hier dringend Noth und bei einigem Vorgehen der Aerzte könne viel erreicht werden. Die auf Anregung Dr. Carlblom's vor 5 Jahren als Separatabdruck aus den Protokollen der Gesellsch. veröffentlichten «prakt. Regeln für Hebammen» hätten damals rege Sympathie gefunden und habe damals die Gesellsch. einstimmig beschlossen, strengstens auf Befolgung jener durch die Heb. zu achten. Im Laufe der Jahre sei aber das Interesse für die Sache bald erlahmt. Schuld der Aerzte sei es vor Allem, dass die von ihnen aufgestellten Regeln nicht befolgt würden, denn einmal überwachten sie die Heb. nicht streng genug, dann aber hielten sie selbst die Vorschriften nicht ein und dienten jenen nicht als Vorbild. — Rücksichtslos gegen sich selbst und streng gegen die Heb. sollten die Aerzte auf Befolgung der prakt. Regeln für Heb. sehen, das seien sie ihren Wöchnerinnen, sich selbst und vor Allem der Gesellschaft schuldig, die die Vorschriften erlassen.

Anträge: 1) Die Gesellsch. prakt. Aerzte hält es für geboten, ihre Mitglieder dringend zu ersuchen, strengstens auf die Durchführung der prakt. Regeln für Heb. von Seiten der Heb. zu sehen und nach Möglichkeit für die Verbreitung der kl. Schrift zu sorgen.

2) Die Gesellsch. wolle beschliessen, jeder einzelnen Heb. — da deren Adressen jetzt vorhanden — je ein Exemplar zu übersenden, mit der motivirten Bemerkung, dass von nun an von Seiten der Glieder der Gesellsch. strengstens auf Durchführung jener Paragraphen geachtet werden wird.

Dr. Hampeln hält es für durchaus zeitgemäss, die Heb. wie auch die Aerzte selbst an die publicirten Regeln zu erinnern. Ferner habe er eben erfahren, dass im Mai d. J. ein neues Hebammen-Reglement im Regierungs-Anzeiger veröffentlicht sei.

Dr. Hugenberger (als Gast) erwartet von Regeln und Verordnungen nur wenig; es müssten die Aerzte gegen das Unwesen ankämpfen durch scharfe Controle der Heb. event. behördliche Anzeige und durch Belehrung des Publicums, das seinerseits Hebamme wie Arzt am sichersten zu überwachen in der Lage sei.

Dr. Worms hat schon vor 15 Jahren einen damals abgelehnten Antrag gestellt, eine Warnung vor infectiösen Heb. bezweckend. Den Antrag wiederholend ersucht er die Gesellsch., sie wolle beschliessen ihre Mitglieder zu verpflichten, in Puerperalfieberfällen die betreffende Heb. auf der nächsten Sitzung namhaft zu machen.

Dr. Hach wünscht den Antrag dahin zu amendiren, dass, um keine Zeit zu verlieren, der Name der Heb. sofort dem Secretär mitgetheilt werde und von diesem an die einzelnen Glieder der Gesellsch. gelange.

DDr. Hampeln und Bernsdorff heben hervor, dass wenn auch aus seiner Hauspraxis der Arzt untaugliche resp. inficirte Heb. fernzuhalten im Stande sei, er auf die grosse Masse aller übrigen Geburtsfälle keinen Einfluss gewinne.

Dr. Stavenhagen: Durch die Tagespresse müsse das Publicum über die Infectionsgefahr instruirt werden, damit dieses die Heb. in ihrer Berufsthätigkeit controlire.

Dr. v. Reichard proponirt eine Liste zuverlässiger Heb. nach persönlicher Empfehlung seitens der Collegen zusammenzustellen und im Sitzungssaal auszulegen; gleichzeitig die Heb. davon zu verständigen, dass jeder Verstoss gegen die Hebammen-Regeln die Streichung ihres Namens aus der Liste zur Folge haben würde.

Dr. Schmidt wünscht zum Antrage Dr. Worm's hinzugefügt zu sehen, dass nach entsprechender Frist die angemeldet gewesene Hebamme wieder abgemeldet werde.

Beschlussfassung bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Die Cassationsklage des Dr. E. Dreypölcher gegen das in seinem Process vom hiesigen Bezirksgericht gefällte Urtheil soll am 27. d. Monats im dirigirenden Senat zur Verhandlung gelangen. (Herold).

— Die *Gesellschaft der Aerzte in Kertsch* hat in ihrer Sitzung vom 6. April einstimmig beschlossen, Dr. Dreypölcher *ihre Theilnahme auszudrücken.* «Nachdem wir die näheren Umstände in dieser Sache», so heisst es in dem Beschlusse der Gesellschaft, «kennen gelernt haben, sind wir der Ansicht, dass Sie als Arzt und Mensch Alles gethan, was in ihren Kräften stand: und wenn in diesem Falle der Schuldige ermittelt werden sollte, so hätte derselbe nicht im Erkundigungsbüreau (Справочная Контора), sondern in dem Stadtamte (Управа), welches für die Unterbringung der Kranken in den Hospitälern der Residenz nicht hinreichend gesorgt hatte, gesucht werden müssen.» (Wr.).

— *Der Allerhöchste Dank ausgedrückt:* Dem Director des Medicinaldepartements des Minist. des Innern, Geheimrath Dr. Mamonow.

— *Befördert: Zum wirklichen Staatsrath:* Der Consultant für Chirurgie und ält. Ordinator am Kronstädter Marinehospital, Dr. Tairow, unter Verabschiedung wegen Krankheit. *Zum Staatsrath:* Der Oberarzt der Gardeequipage, Dr. W. Rambach.

— Der Magister der Pharmacie A. Tschirikow ist zum *ausserordentl. Professor der Pharmacie* und Pharmacognosie an der Universität Charkow *ernannt* worden.

— Dr. Th. Pasternazki, Assistent an der med. Klinik des Prof. Tschudnowski, hat sich mit Genehmigung der Conferenz der milit.-med. Academie als *Privatdocent für innere Medicin habilitirt.*

— Professor Dr. Rudolf Virchow, welcher nach seiner Rückkehr aus Egypten behufs erneuter Untersuchung des Auswurfs des deutschen Kaisers hinzugezogen wurde, ist in Anerkennung seiner Verdienste als Beirath der kaiserlichen Aerzte durch *Verleihung des Rothen Adler-Ordens II. Classe mit dem Stern und Eichenlaub* ausgezeichnet worden.

— *Verstorben:* 1) In Tula der Director der Heilanstalt der Gesellschaft Tulascher Aerzte, Al. Prosorow, im 30. Lebensjahre an tuberculöser Meningitis. Der Verstorbene galt allgemein als ein tüchtiger und kenntnissreicher Arzt. 2) Am 29. April in Tiflis der dem Oberkommandirenden des Kaukasus attachirte Arzt E. Fischer. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in St. Petersburg in der militär-medicinischen Academie erhalten und war während des letzten türkischen Feldzuges in der Donauarmee thätig. Er blieb nach Beendigung des Krieges in Bulgarien im Dienst bei dem Fürsten Dondukow-Korssakow, mit dem er auch in den Kaukasus übersiedelte. 3) Am 11. April der Bezirksarzt des Suchumschen Bezirks (Kubangebiet), Joseph Schablowski. 4) In Moskau Staatsrath Alexei Lawrow, Oberarzt des dortigen Katharinen-Armenhauses. 5) In Gorochowez (Gouv. Wladimir) der Kreisarzt Nik. Bolotnikow. 6) In Wien der Nestor der Kinderärzte dieser Stadt, Prof. Dr. L. Politzer, im 74 Lebensjahre. Der Verstorbene (ein geborener Ungar), welcher seine medicinische Ausbildung in Wien erhalten, war lange Zeit Director des I. Kinderkrankenhauses daselbst u. genoss den Ruf des ersten Kinderarztes Wien's. In Anerkennung seiner hervorragenden praktischen u. schriftstellerischen Thätigkeit wurde ihm auf Antrag des med. Professoren-Collegiums der Professortitel verliehen. Erst vor wenigen Jahren gab er wegen hohen Alters seine Praxis auf.

— Die neueste Nummer der «Circ. für den Dorpater Lehrbezirk» veröffentlicht den Inhalt eines Rescripts des Departements der Volksaufklärung an den Curator des Dorpater Lehrbezirks, wonach die in Dorpat studirenden *Pharmaceuten mosaischer Confession* dem mit 5 pCt. der Gesammtzahl der Studirenden normirten Hebräer-Contingent nicht hinzuzurechnen sind. (N. D. Ztg.)

— Dem verstorbenen Prinzen Peter von Oldenburg, der bekanntlich lange Zeit hindurch oberster Chef der meisten hiesigen Civilhospitäler war, wird in nächster Zeit hieselbst ein *Denkmal errichtet* werden. Durch freiwillige Spenden ist bereits ein Capital von mehr als 26,000 Rbl. zusammengebracht. Das Denkmal, zu dem das Modell von dem hiesigen Sculpteur Academiker J. Schröder bereits fertig gestellt ist, wird auf dem Platze vor dem Marienhospital (am Liteiny-Prospect) aufgestellt werden.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 8. Mai d. J. 6138 (32 weniger als in der Vorwoche), darunter 554 Typhus- (5 weniger), 473 Syphilis- (149 weniger als in der Vorwoche), 35 Scharlach- (wie in der Vorwoche), 19 Diphtherie- (7 mehr) und 9 Pockenkranke (6 mehr als in der Vorwoche).

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 15. Mai d. J. 5900 (238 weniger als in der Vorwoche), darunter 472 Typhus- (82 weniger), 442 Syphilis- (31 weniger), 34 Scharlach- (1 weniger), 80 Masern-, 16 Diphtherie- (3 weniger als in der Vorwoche) und 9 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— Die *Todesfälle an der Tollwuth nach den regelrecht ausgeführten* Pasteur'schen *Schutzimpfungen* mehren sich mit der Zunahme der Institute für solche Impfungen derart, dass es bald wohl schwer fallen wird, über alle missglückten Fälle zu berichten. Nachstehend theilen wir zwei weitere bemerkenswerthe Fälle mit:

In Odessa ist der dortige Einwohner *Nasar Ossatschenko*, welcher am 8. Februar d. J. von einem Hunde gebissen und vom 10. Februar an auf der Odessaer bacteriologischen Station den Pasteur'schen Schutzimpfungen unterworfen wurde, am 4. März an der Tollwuth erkrankt und am 7. März daran gestorben. Einen ähnlichen, von einem ihrer Mitarbeiter genau beobachteten Fall, theilt die «Semaine médicale» mit. Ein Soldat, welcher am 15. Februar d. J. von einem wüthenden Hunde in den Vorderarm gebissen worden war, wurde, nachdem die Wunde sofort cauterisirt worden, bereits eine Stunde nach dem Bisse im Institut Pasteur in Paris der ersten Präventivimpfung unterzogen. Obgleich die Impfungen bis zum 5. März fortgesetzt wurden, erkrankte der Verletzte am 29. März unter den Symptomen der Hundswuth, welcher er am 1. April erlag.

Vorstehende Fälle, namentlich der zweite genau beobachtete, wiegen wohl manche langathmige und doch wenig beweisende statistische Tabelle auf. Man kann sich nur wundern, dass trotz der zahlreichen bekannt gewordenen Misserfolge der Pasteur'schen Präventivimpfungen gegen die Tollwuth die Zahl der Impfstationen in Russland noch immer wächst. Während in dem Vaterlande Pasteur's bis jetzt nur ein Impfinstitut existirt und von Pasteur selbst als hinreichend für Frankreich und die benachbarten Staaten anerkannt worden ist, sind in Russland solche Impfstationen wie die Pilze aus der Erde geschossen, ja in Moskau bestehen sogar zwei Impfinstitute neben einander.

Wenn man nun noch in Betracht zieht, dass die Einrichtung und der Unterhalt dieser Stationen ansehnliche Summen verschlingen — (die St. Petersburger Pasteur'sche Station hat, abgesehen von den Einrichtungskosten [ca. 20,000 Rbl.], im letzten Jahre mehr als 15,000 Rbl. gekostet; die Charkowsche Station sieht, ungeachtet der mehrere Tausend Rbl. betragenden Beisteuer verschiedener Landschaften und Städte, einem Deficit von ca. 5000 Rbl. zum Ende dieses Jahres entgegen) — so muss man bei dem bis jetzt wenigstens noch problematischen Nutzen der Schutzimpfungen gegen die Tollwuth bedauern, dass dieses Geld nicht für nothwendigere und nutzbringende sanitäre Zwecke Verwendung findet. Bf.

— Am 5. Mai d. J. fand die *34. Generalversammlung der Theilhaber der medicinischen Haupt-Unterstützungscasse* statt, an welcher 34 Mitglieder Theil nahmen. Wir entnehmen dem «Wratsch» nachstehende Daten aus dem Bericht über die Thätigkeit der Casse pro 1887: Am 1. Januar 1887 betrug die Zahl der Theilhaber der Casse 1126, im Laufe des verflossenen Jahres traten neu hinzu 224, während 95 (davon 25 durch den Tod) ausschieden, so dass die Zahl der Theilhaber am 1. Januar 1888 sich auf 1255 belief. Die Zahl der Mitglieder hat somit einen Zuwachs (129) erhalten. Am 1. Januar 1887 betrug das Capital der Casse, mit Einschluss aller Filialen, 229,444 Rbl. 27 Kop., am 1. Januar 1888 dagegen 249,148 Rbl. 61 Kop., so dass sich das Kapital der Kasse im Laufe des verflossenen Jahres um 19,704 Rbl. 34 Kop. vergrössert hat. Die hier nicht mit eingerechneten Summen des zeitweiligen Curatoriums zur Fürsorge für die Familien der im Kriege von 1877/1878 verstorbenen Aerzte betrugen 11,217 Rbl. 45 Kop., welche am 1. Januar 1888 auf das auf den Namen J. A. Tschistowitsch gestiftete Capital übertragen worden sind, so dass das *Gesammtcapital der Casse* zum Jahre 1888 sich auf *260,366 Rbl. 6 Kop.* belief. Im verflossenen Jahre sind aus der Casse Unterstützungen im Betrage von 9,140 Rbl. gezahlt worden und zwar: 1) beständige Pensionen an 53 Familien im Betrage von 8,390 Rbl. und 2) einmalige Unterstützungen an 12 Familien im Betrage von 750 Rbl. Ausserdem sind aus den Summen des zeitweiligen Curatoriums Unterstützungen im Betrage von 475 Rbl. an 8 Familien gezahlt worden. Seit der Generalversammlung vom 19. December 1887 sind auf Verfügung des Comités einmalige Unterstützungen im Betrage von 300 Rbl. an 6 Familien gezahlt worden. Auf Vorstellung des Comités der Hauptcasse sind auf der letzten Generalversammlung vom 5. Mai c. folgende Jahres-Pensionen vom 1. Januar 1888 ab an 3 Familien im Betrage von 750 Rbl. bewilligt worden. 1) einem kranken Theilhaber der Casse, dessen Familie aus seiner Frau und 3 unmündigen Kindern besteht, 300 Rbl. jährlich; 2) der Wittwe eines Theilhabers mit 6 unmündigen Kindern 300 Rbl. und 3) der Wittwe eines Theilhabers mit 2 minderjährigen Kindern 150 Rbl. Ausserdem hat die Generalversammlung vom 19. December 1887 6 Familien Pensionen im Betrage von 971 Rbl. vom 1. Januar 1888 ab bewilligt, so dass die Casse mit dem Jahre 1888 9 neue Pensionäre erhalten hat, welche zusammen 1721 Rbl. beziehen. Die Gesammtzahl der Pensionäre der Casse betrug am 5. Mai d. J. 62, welche zusammen circa 10,100 Rbl. jährlich an Pensionen beziehen.

— In *Reval* herrscht seit mehreren Monaten eine *Pockenepidemie*. Seit dem 21. Januar sind bereits 602 Personen an den Pocken erkrankt, von denen 320 genesen und 131 Personen gestorben sind. In Behandlung befinden sich noch mehr als 150 Personen.

— Auf Anregung des Kasan'schen Professors Stuckenberg soll in Kasan eine wissenschaftlich-industrielle Ausstellung stattfinden, welche einen streng wissenschaftlichen Charakter haben wird und auf welcher die Anthropologie und Ethnographie jener Gegend besonders berücksichtigt werden soll. Falls genügende Mittel vorhanden sein sollten, würden besondere Abtheilungen für Hausindustrie und Landwirthschaft eröffnet werden; zu dieser Zeit werden eine geologische Karte des Kasanschen Gouvernements und Karten über die Verbreitung der Wälder, der Bevölkerungsbewegung u. a. fertig gestellt werden. (Med. Obs. 7.)

— In № 4344 der Nowoje Wremja ist nach Mittheilungen der Turkestan'schen Gouvernementszeitung vom Fortschritte der Thätigkeit russischer Aerztinnen unter der örtlichen weiblichen moslimischen Bevölkerung die Rede. Ungeachtet ihrer Achtung vor der russischen medicinischen Kunst sollen die Sartinnen «Sselaju» (Geschenk) dafür fordern, dass sie sich behandeln lassen. Dieses «Sselaju» hat übrigens erst vor Kurzem in Omsk aufgehört, wo die Gebärenden im Kosaken-Gebärasyl 2—3 Rubel dafür forderten, dass sie dahin überhaupt kamen! (Med. Obsr. 7.)

— Eine Anzahl amerikanischer medicinischer Gesellschaften hat beschlossen, vom 17.—19. September d. J. den *I. Congress amerikanischer Aerzte und Wundärzte in Washington* zu veranstalten.

— Die *Belgische Académie de médecine* hat folgende *Concurse* ausgeschrieben:

Für 1888. Preis 500 Francs: Hygienische Mittel zur Verhütung der Ausbreitung der Tuberculose in Belgien. — *Preis 8000 Francs*: Klinisch-experimentelle Studie über die Pathologie und Therapie der Epilepsie. — *Preis 25,000 Francs*: Für denjenigen Autor, der einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt in der Behandlung der Geisteskrankheiten veranlasst, z. B. ein wirksames Heilmittel gegen Epilepsie entdeckt.

Für 1889. Preis 600 Francs: Für die beste Abhandlung über Differenzialdiagnose der Bauchtumoren.

— Dr. Riva beobachtete vollkommene *Amaurose* auf der Seite eines cariösen zweiten Backenzahnes des Oberkiefers bei einer 30-jährigen Frau. Nach Entfernung des kranken Zahnes, in dessen Wurzel ein Bruchstück von einem hölzernen Zahnstocher gefunden wurde, kehrte das Sehvermögen wieder.

(Revista de Ciencias Med. — Wr.).

— Prof. Oscar Liebreich in Berlin hat kürzlich folgendes Gutachten über die Quellen Ober-Salzbrunn's abgegeben:

„Es ergiebt sich, dass von allen Quellen Obersalzbrunn's der *Oberbrunnen* die *hervorragendste* Stellung einnimmt, denn die chemische Analyse desselben zeigte, dass der gesammte feste Rückstand des *Oberbrunnen* in 10,000 Theilen *32,14 Gramm beträgt* während die übrigen Quellen unter den nämlichen Verhältnissen analysirt die Zahlen:

Louisenquelle . . . 31,94
Mühlbrunnen . . . 22,88
Kronenquelle . . . 17,08 aufweisen.

Von diesen festen Rückständen sind die wesentlichen Bestandtheile, welche den Quellen einen besonderen Werth verleihen, *das Natriumcarbonat* und die dasselbe begleitenden Salze. Es ist dem festen Rückstand entsprechend in dem *Oberbrunnen* das *Natriumcarbonat hervorragend* enthalten, wie nachfolgende Zusammenstellung ergiebt:

Es enthält in 10,000 Theilen der

Oberbrunnen . 21,522 Theile
Louisenquelle . 12,96 »
Mühlbrunnen . 16,243 »
Kronenquelle 8,72 » (nach Polleck).

Für eine alkalische Quelle, deren Wasser möglichst schnell zur Resorption gelangen soll, sind die das Natriumbicarbonat begleitenden anderen Alkalisalze von Bedeutung. Das Verhältniss derselben zum Natriumbicarbonat in den verschiedenen Obersalzbrunner Quellen ist nicht bedeutend differirend. Für das Kochsalz jedoch kommen die ungünstigsten Zahlen dem Mühlbrunnen und der Kronenquelle zu.

Zu Gunsten des *Oberbrunnens* ist ferner anzuführen, dass der doppeltkohlensaure Kalk hier in *geringster* Menge vorhanden ist. Die Zahlen für diesen Bestandtheil geben das überraschende Resultat, dass in 10,000 Theilen *Oberbrunnen* . . . 4,4 Theile

Mühlbrunnen . . . 5,2 »
Louisenquelle . . . 5,4 »
Kronenquelle . 7,1 »

enthalten sind. Man sieht hier, dass mit der Abnahme des *werthvollen* Natriumbicarbonats der Gehalt an *werthlosem* und zweifelhaft wirkendem Calciumbicarbonat steigt.

Rechnet man auf 100 Theile Natriumbicarbonat, so ergiebt sich

für *Oberbrunnen* nur 20,36 Theile Calciumbicarbonat
» Mühlbrunnen . . 31,00 » »
» Louisenquelle . . 42,00 » »
» Kronenquelle . . 81,40 » »

Letztere enthält also bei ihrem geringen Gehalte an Natriumbicarbonat relativ und absolut die grössten Mengen an doppeltkohlensaurem Kalk.

Man sieht auch hier die *Präponderanz des Oberbrunnens* gegenüber den anderen Quellen.

Auf den *Lithion-Gehalt* glaube ich vom therapeutischen Gesichtspunkte aus nicht den Werth legen zu können, welcher diesem Bestandtheile von anderen Seiten beigelegt wird, aber auch *diese Substanz* ist am reichlichsten im *Oberbrunnen* vorhanden.

Die mitgetheilten Zahlen beweisen, dass der *Oberbrunnen* von allen Salzbrunner Quellen die grösste Menge wirksamer mineralischer Bestandtheile enthält. Aus diesem Grunde ist er auch als die *werthvollste* sämmtlicher Salzbrunner Quellen vom therapeutischen Standpuncte aus zu betrachten. Es steht dies übrigens im Einklange mit der Thatsache, dass grade der *Oberbrunnen* seit geraumer Zeit die praktisch am meisten verwendete und bewährte aller Salzbrunner Quellen ist, an welche sich die günstigen therapeutischen Erfahrungen knüpfen, welche den Ruf Salzbrunn's als Badeort geschaffen haben."

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italianskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 22. **St. Petersburg, 28. Mai (9 Juni)** **1888.**

Zur Frage der Keuchhusten-Bacterie.

(Aus Prof. Afanassjew's klinisch-bacteriologischem Laboratorium des klinischen Helenen-Instituts).

Von

Dr. D. G. Ssemtschenko.

Niemand wird daran zweifeln, dass die Kenntniss der Ursache einer Krankheit äusserst wichtig und nothwendig ist; diese Nothwendigkeit tritt bei den Infectionskrankheiten, ihrer Verhütung und Behandlungsmethode noch mehr hervor. Es ist daher nicht zu verwundern, dass bei jeder Infectionskrankheit eine Menge Theorien zu ihrer Erklärung aufgestellt wurden, bevor man ihre wahre Ursache entdeckt hatte. Diese Theorien widersprachen häufig den thatsächlichen Befunden der Krankheit, wurden durch andere ersetzt, diese wieder durch neue etc. Unzweifelhaft blieb nur Eines: dass die Krankheit eine ansteckende sei; das Wesen der Infection blieb unbekannt. Nur in neuester Zeit sind, Dank der raschen Entwickelung der Bacteriologie der Infectionskrankheiten und in Folge der von den Bacteriologen auf's Beste ausgearbeiteten Untersuchungsmethoden, die wahren Ursachen einiger ansteckenden Krankheiten ermittelt worden — diese oder jene Mikroben (Tuberculose, sibirische Pest, Cholera, Typhus abdom. u. a.). Mit Hülfe jener Untersuchungsmethoden der neueren Bacteriologie, hat Prof. Afanassjew im März 1886 im Auswurf keuchhustenkranker Kinder eine Bacterie gefunden, welche er mit Erfolg Thieren eingeimpft hat.

Eine weitere Ausarbeitung der Frage bez. dieser Bacterie ist, auf den Vorschlag Prof. Afanassjew's, von mir unternommen worden. Ich konnte dabei 4 Leichen an Keuchhusten verstorbener Kinder benutzen. Zwei Fälle waren rein, zwei nicht; bei einem der Letzteren fand man bei der Section in den Lungen, ausser den broncho-pneumonischen Herden (nicht tuberculöser Art), auch unzweifelhafte tuberculöse Herde und sogar eine kleine Caverne; im anderen Falle hatte man schon vor dem Tode Diphtherie des Rachens und des Kehlkopfes gefunden, aber weder der Rachen noch der Kehlkopf wurden secirt; in den Lungen jedoch war, ausser den Herden von Keuchhusten-Bronchopneumonie, nichts weiter vorhanden.

Die Sectionen wurden vom Professor selbst oder von seinem Assistenten gemacht. Die Protokolle der Section und die Krankengeschichten aller dieser Kinder (aus dem Elisabeth-Kinderhospital) werde ich, der Kürze halber, hier nicht anführen. Zur Untersuchung auf Mikroben wurde vermittelst einer ausgeglühten und darauf abgekühlten Nadel der Schleim aus der Luftröhre und den Bronchien, der Saft aus den Lungen (broncho-pneumonische Knoten), der Leber, den Nieren und der Milz und das Blut aus den Herzkammern genommen. Um den Saft aus den Organen zu erhalten, verfuhr man auf folgende Weise: Das Organ wurde zuerst mit einer Sublimatlösung (1 : 1000) gewaschen, oder an der Stelle, wo der Schnitt gemacht werden musste, z. B. im pneumonischen Herde, mit einem glühenden Messer flach darüber gefahren. Darauf wurde mit einem ausgeglühten Messer ein Schnitt gemacht (im gegebenen Falle entsprechend dem Herd), dann mit einem zweiten ausgeglühten Messer ein zweiter Schnitt senkrecht zur Schnittfläche des ersten geführt; aus der Tiefe dieses zweiten Schnittes nun wurde mit einer glühenden Platinnadel der Saft genommen, mit welchem die Probirröhrchen mit der 5% Fleisch-Pepton-Gallerte und dem 1% Fleisch-Pepton-Agar-Agar inficirt wurden. Eines der Probirröhrchen mit der Fleisch-Pepton-Gallerte erwärmte ich leicht (in Wasser von 37°—40° C.) bis die Gallerte flüssig wurde, schüttelte es ordentlich durch, goss den Inhalt auf desinficirte Plättchen und liess sie unter der Kuppel bis zum nächsten Tage stehen. Bei 18°—20° R. am anderen Tage, bei niedrigerer Temperatur am 3. Tage, konnte man unter dem Mikroskop (Oc. 3, Obj. 4, Hartnack) eine Menge kleiner, vorherrschend runder, beinahe farbloser, feinkörniger Colonien von verschiedener Grösse mit deutlichen Umrissen wahrnehmen. In Folge ihrer Dichtigkeit lässt sich das Wachsthum der Colonien schwer beobachten: viele von ihnen wachsen im Laufe einer Woche garnicht; ihre Farbe verändert sich auch fast garnicht; und nur die Colonien, die sich näher zur Mitte des Plättchens befinden, wachsen und verändern im Laufe der Zeit ihre Farbe von blassgelb bis zum Bräunlichen, und endlich gesättigten, aber nicht dunklen Braun. Um eine Cultur von weniger dichten Colonien zu erhalten, verfuhr ich folgendermaassen: Aus der Gallerte, welche unmittelbar

mit dem Saft aus dem Organ inficirt und darauf verflüssigt worden war, nahm ich mit dem Oehr einer Platinnadel 3 bis 5 Mal von der Flüssigkeit in ein anderes Probirröhrchen mit Gallerte oder Agar-Agar, von hier in ein drittes und erst dann goss ich aus allen diesen Probirröhrchen auf die Glasplättchen, die dann unter der Kuppel auf einem Glasuntersatz blieben. Die Kuppel, sowie der gläserne Untersatz wurden vorher mit einer Sublimatlösung (1 : 1000) gewaschen und leicht getrocknet. Da ich weniger dicht gesäete Colonien nöthig hatte, stellte ich 3 Plattenculturen an aus dem 2. und 3. Probirröhrchen (mit den Zeichen I, d. h. erste Verdünnung, und II, d. h. zweite Verdünnung etc.) und aus dem ersten Probirröhrchen (mit dem Zeichen 0, d. h. ohne Verdünnung) und nicht mehr als zwei Culturen aus jedem.

Auf diese Art waren Culturen aus einem broncho-pneumonischen Herd (im 1. Fall) am 19. October angestellt worden; am 20. October waren auf dem Agar noch keine Colonien zu bemerken, auf der Gallerte jedoch wohl und zwar in Form von kleinen Puncten, welche auf dem Plättchen 0 sehr dicht und auf den Plättchen I und II sehr spärlich gesäet waren. Auf den beiden Letzteren waren die Colonien grösser, als auf dem Plättchen 0. Unter den runden Colonien kamen, wenn auch selten, unregelmässig eiförmige vor. Alle Colonien erschienen unter dem Mikroskop (Oc. 3, Obj. 4, Hartnack) blass, beinahe farblos. Am 22. October wurden die Colonien auf den Plättchen I und II leicht gelblich; auch hatten sie sich zum Theil 2—3 Mal vergrössert; ihre Körnigkeit ist fein und gleichmässig, die Umrisse deutlich. Einige von ihnen sind in Form von grauen Puncten mit blossem Auge wahrnehmbar. Auf dem Agar erschienen die Colonien am Ende des zweiten Tages farblos, klein, gleichmässig körnig, mit deutlichen Umrissen. Am 22. October sind auf dem Agar die Colonien mit blossem Auge noch nicht zu sehen, — wahrscheinlich, weil er schlecht durchscheinen lässt; aber seine Farbe scheint doch grauer zu sein. Am 24. October erschienen auf der Peripherie eines der Plättchen (I) grosse Colonien von unregelmässiger Form, weiss oder beinahe farblos unter dem Mikroskop, 7 an der Zahl. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von grossen, runden Kokken (vermuthlich Verunreinigung). Dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung einiger gelber Colonien, der runden, wie auch der eiförmigen, eine Menge Stäbchen, die deutlich nur mit der Zeiss'schen Oelimmersion zu sehen waren, und die grosse Aehnlichkeit von den Bacterien Prof. Afanassjew's hatten. Die Färbung geschah mit 1% bis 2% wässeriger Gentianaviolettlösung bei leichter Erwärmung über dem Feuer. Die ganze Procedur des Färbens dauerte nicht länger als 10 Minuten. Am 25. October sind die Colonien deutlich mit blossem Auge wahrnehmbar in Form von grauen Puncten, hauptsächlich an der Oberfläche der Gallerte, welche sie nicht verflüssigen. Auf dem Agar sind sie nicht immer mit blossem Auge zu sehen und hängt das von der Qualität des Agar, d. h. von dem Grade seiner Durchsichtigkeit ab.

Die Farbe der Colonien ist unter dem Mikroskop deutlich braun (Oc. 3, Obj. 4, Hartnack), ist zur Mitte hin concentrirter und schwächt sich zur Peripherie hin ab. Die Umrisse der Colonien sind deutlich und die Feinkörnigkeit gleichmässig. 28. October: Die Colonien auf der Gallerte und dem Agar sind von gleicher Grösse und mannigfaltiger Form, doch ist auf dem Letzteren die Mannigfaltigkeit der Colonien grösser als auf der Ersteren. Die körnige Beschaffenheit tritt wenig hervor — wahrscheinlich in Folge der grösseren Dicke der Colonien. Die Grösse dieser Letzteren ist verschieden: einige haben fürs blosse Auge die Grösse eines Stecknadelkopfes, aber gewöhnlich sind sie 2—3 Mal kleiner. Das ist besonders an der Peripherie des Plättchens oder bei der grossen Dichtigkeit der Colonien auf dem Plättchen 0 zu bemerken. Die Zahl der Verunreinigungs-Colonien hat zugenommen — wahrscheinlich in Folge des häufigen Besehens der Platten und der Untersuchungen unter dem Mikroskop. Einige von diesen ebengenannten Colonien haben eine runde Form und dunkle Farbe; diese Kokken sind von mittlerer Grösse; andere haben eine helle Peripherie (Oc. 3, Obj. 4, Hartnack), dunkelbraunes Centrum und eine unregelmässige, grobe Körnigkeit. Für das blosse Auge sind diese letzteren Colonien bläulich, sehr gross und von sehr mannigfaltiger Form. Das Mikroskop wies bei denselben sehr grosse Stäbchen nach (gut zu sehen bei Oc. 3, Obj. 8, Hartnack), welche bei der Zeiss'schen Oelimmersion an einem Ende abgerundet, an dem anderen wie abgeschnitten erscheinen. Häufig kommen auch bogen- und S-förmige vor. 30. October: Die Keuchhusten-Kokkencolonien nehmen unter dem Mikroskop (Oc. 3, Obj. 4, Hartnack) oft das halbe Gesichtsfeld ein, einige auch das ganze; bei Oc. 3 und Obj. 7 nimmt der grössere Theil der Colonien das ganze Gesichtsfeld ein, und bisweilen lassen sie sich in demselben nicht übersehen. 30. October: Die Colonien haben eine deutliche braune Farbe und wachsen scheinbar wenig, die Grösse derselben hat sich seit dem 28. October nicht verändert, aber die Farbe ist entschiedener braun geworden. 4. October: Die Grösse der Colonien hat nicht zugenommen; die Farbe ist gesättigt-braun. Starke Verunreinigung des Plättchens. 6. November: Kein Unterschied weder in der Grösse noch Farbe zu constatiren. 10. November: Die Gallerte, sowie der Agar trocknen scheinbar aus und stellen sich in Form einer dünnen Platte dar. Daher verändert sich die Farbe der Colonien: auf einer dünnen Schicht erscheinen sie grau-braun, auf einer dickeren Schicht haben sie ihre braune Farbe beibehalten. Diese Platten wurden verworfen.

Zur Vergleichung suchte ich eine Reincultur der Bacterie Prof. Afanassjew's zu bekommen. Ausserdem merkte ich die von mir beobachteten Veränderungen in der Farbe und dem Wachsthum der Colonien an, um später Prof. Afanassjew's Notizen hierüber mit den meinigen zu vergleichen. Es stimmte Alles fast wörtlich überein.

Nachdem ich aus dem broncho-pneumonischen Herde Reinculturen erhalten hatte, stellte ich Culturen an aus der Milz, der Leber, den Nieren, dem Blut und Schleim der Luftröhre und Bronchien. Aus der Leber, der Milz und den Nieren erhielt ich fast Reinculturen auf den Platten, ich sage «fast», weil dazwischen graue, grosse, runde Colonien vorkamen, welche bald gleichsam in einzelne Colonien zerfielen und unter dem Mikroskop grosse, eiförmige Kokken zeigten. Ich führe hier weiter keine Notizen über die Entwickelung der Keuchhustenbacteriencolonien an, da das nur eine Wiederholung dessen wäre, was ich schon hinsichtlich der Culturen aus dem broncho-pneumonischen Herde gesagt habe.

Aus dem Schleim der Luftröhre erhielt ich sehr wenige Colonien der Keuchhustenbacterie, dafür aber eine Menge verunreinigte durch Bacterien von zwei verschiedenen Formen. Die Einen, für's blosse Auge von dunkler Farbe, sind immer rund, verflüssigen die Gallerte nicht, wachsen gleich gut sowohl auf der Gallerte als auch auf dem Agar, erscheinen jedoch auf der Gallerte nicht früher als nach 3—4 Tagen, sogar bei 18—20°. Das sind Colonien eines runden Mikrokokkus von mittlerer Grösse. Die Anderen sind ebenfalls runde Colonien, erscheinen auf der Gallerte schon am anderen Tage, wachsen bei weniger dichter Impfung sehr rasch und können nach 2—3 Tagen bereits nicht mehr in dem Gesichtsfeld Oc. 3, Obj. 4, Hartnack, übersehen werden. Sie sind undeutlich körnig, dunkelbraun (3/4 Hartnack), zerfallen bisweilen in einzelne Kugeln. Das Mikroskop weist, bei einer Färbung von 1%—2% wässeriger Gentiana-Violettlösung, sehr grosse Stäbchen auf von verschiedener Grösse, oft zu 2—4 Stück zu langen Fäden verbunden; häufig kommen auch mannigfach gebogene Fäden vor.

Aus den Bronchien wurde am 25. Oct. eine Cultur auf Gallerte und Agar angestellt: am 27. October erschienen viele kleine, beinahe farblose, hauptsächlich runde Colonien von feinkörniger Beschaffenheit und deutlichen Umrissen. Ausserdem waren nicht weniger als 20 Colonien, welche sich auf der Oberfläche der Gallerte und des Agars befanden und die Gallerte nicht verflüssigten. Diese Colonien sind entweder rund oder etwas länglich, sind mit blossem Auge am 3. Tage nach der Aussaat zu sehen, von gelblicher Farbe, und wachsen stark nach oben. Unter dem Mikroskop (Oc. 3, Obj. 4, Hartnack) haben sie eine ausgesprochen dunkle Farbe oder eine gesättigt braune. Die Gipfel sind grobkörnig und stark gefärbt, die Peripherie ist grauer und feinkörniger. 29. October: Die eben beschriebenen Colonien sind von deutlicher gelber Farbe, sehr gross, 4—5 Mal grösser als die Keuchhustenbacterie desselben Stadiums. Von der körnigen Beschaffenheit ist in Folge des dicken Durchmessers der Colonien wenig zu bemerken. Eine solche Colonie ist im Gesichtsfeld Oc. 3, Obj. 4, Hartnack, nicht zu übersehen, bei Oc. 3, Obj. 7 erst recht nicht. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Menge grosser und ziemlich langer Stäbchen, welche nach Prof. Afanassjew Leptothrix ähnlich sind. Diese Bacterie wächst auf der Platte und im Probirröhrchen schlecht, ungefähr zwei Mal langsamer als die Keuchhustenbacterie. Die Colonien, die am 27. October als kleine, beinahe farblose beschrieben sind, mit runden Formen und deutlichen Umrissen, sind am 29. October beinahe zwei Mal so gross geworden; die Farbe ist sichtlich gelblich geworden, mit einem Stich in's Bräunliche. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sie sich als bestehend aus Keuchhustenstäbchen, sowohl nach Prof. Afanassjew's Beschreibung, als auch nach Vergleichung mit seiner Bacterie. Das weitere Wachsthum dieser Colonien unterscheidet sich durch nichts von demjenigen der schon beschriebenen Keuchhustenbacteriencolonien; daher führe ich keine weiteren Notizen an.

Am 23. October Plattenculturen aus der Milz. 24. October erschienen, bei 18—20° R., auf den Plättchen I und II viele Colonien, welche dem Aussehen, der Farbe und den mikroskopischen Präparaten nach völlig mit der Keuchhustenbacterie übereinstimmen. 26. October: Die Colonien sind deutlich von gelber Farbe; die Form ist

Impfungen Scha'en verursacht hätten, so müsste das Rückenmark eines solchen an Tollwuth durch Impfung gestorbenen Menschen, einem Kaninchen eingeimpft, den Tod desselben in 10 Tagen herbeiführen. Falls aber ein solcher Mensch an Tollwuth in Folge des Bisses stirbt, so werden wir eine 15—18-tägige Incubationsperiode haben. Das Rückenmark von 2 Personen, welche unbehandelt an Lyssa starben, Kaninchen beigebracht, führte den Tod derselben in 15—18 Tagen herbei. Dasselbe Resultat erhielten wir nach der Einimpfung des Rückenmarkes von 2 an Lyssa gestorbenen und mit Impfungen behandelten Personen. Man sieht daraus, dass die Impfungen nicht die Ursache des Ausbruches der Tollwuth waren; es ist klar, dass sie nutzlos gewesen waren. Ich kam zu dem Schlusse, dass bei stärkeren Bisswunden diese schwächere Methode nicht ausreichend ist, und dass gerade Fälle von Bisswunden in's Gesicht über 80% Sterblichkeit geben. Als man mir im August v. J. aus dem Chelm'schen Kreise (Gouvernement Siedlce) 2 Landleute brachte, die von einem tollen Wolfe gebissen waren, hielt ich sie für verloren. Die Bisswunden waren zahlreich, tief und vorwiegend im Gesichte. Einer von diesen zwei Kranken, Namens Joseph Kowalczyk, 35 J. alt, hatte eine perforirende Bisswunde an der Lippe, das Ohr halb abgebissen, mehrere tiefe Wunden am Kopfe und sehr zahlreiche kleinere Wunden am Körper; der zweite, Paul Dombrowski, 28 J. alt, hatte zwei tiefe und grosse Bisswunden an der Stirn und im Gesichte. Die Prognose war absolut ungünstig. Ich entschloss mich in Folge dessen in diesen Fällen die verstärkte Impfmethode anzuwenden, da sie mir von **Pasteur** brieflich empfohlen wurde. Diese Methode bestand in 2—3-maliger Injection des Impfstoffes an jedem Tage und in verhältnissmässig raschem Ansteigen bis zu den stärksten, nur 2 Tage lang getrockneten Rückenmarkspräparaten. Eine solche Impfserie wurde 2—3 Mal wiederholt. In dieser Weise haben die beiden Landleute zu 19 Impfungen im Verlaufe von 11 Tagen erhalten und dabei wurde ihnen zwei Mal 2-tägiges, d. h. beinahe ganz frisches Rückenmark eingeimpft. Der Kopf des Wolfes wurde mir am 4. Tage vom Isprawnik des Chelm'schen Kreises zugesandt. Das Gehirn war unzersetzt und die Einimpfung desselben zweien Kaninchen nach Trepanation rief Tollwuth nach 16 Tagen hervor. Es war also dieselbe Art der Tollwuth, die wir bei Hunden treffen, die sogenannte vage des rues. Uebrigens ist uns eine andere Art der Tollwuth im Naturzustande nicht bekannt. — Einen Monat darauf brachte man mir aus demselben Chelm'schen Kreise zwei andere Kranke: Franz Kuczera, 40 J. alt und Emilie Swiszczewska, 15 J. alt, welche ebenfalls vorwiegend am Gesichte von einer tollen Wölfin gebissen waren. Die Swiszczewska war so schrecklich zugerichtet, dass sie in Folge einer starken Eiterung 10 Tage lang fieberte. Die Haut am Kopfe war in der Ausdehnung von 6 Ctm. im Durchmesser ganz abgerissen, das Sprunggelenk an beiden Seiten durchgebissen, sehr stark geschwollen und entzündet; die Hand sehr stark zerbissen. In diesen Fällen wandte ich die verstärkte Methode von **Pasteur**, wie in den zwei vorigen Fällen, an. Die Untersuchung des mir ebenfalls vom Isprawnik zugeschickten Gehirnes der Wölfin ergab Tollwuth; die mit demselben geimpften Kaninchen erlagen nach 16 Tagen. Als ich nach zwei Monaten gute Nachrichten über den Gesundheitszustand dieser so behandelten Kranken erhalten hatte, begann ich die verstärkte Methode von **Pasteur** in den Fällen, wo die Bisswunden besonders gross und tief, oder am Gesichte waren, anzuwenden. Unter 170 Fällen habe ich jetzt nur 2 ungünstige Fälle zu verzeichnen, welche nach der schwächeren Methode behandelt waren: Der eine Fall betrifft einen Bauer, welcher von einem etwas verdächtigen Hunde in's Gesicht gebissen war und sich einer stärkeren und längeren Cur nicht unterwerfen wollte (Johann Bondaruk). Es war hier die stärkere Methode angezeigt. Der zweite ungünstige Fall betrifft einen Kranken (Michael Korobka, Schutzmann), welcher an der Hand leicht gebissen war und in Folge dessen mit der schwächeren Methode behandelt wurde, welche sich in diesem Falle als unzureichend erwies. Von den 4 beschriebenen Kranken, die von Wölfen gebissen waren, erhielt ich zwei Mal die Nachricht, dass sie sich ganz gesund fühlen. — Also die verstärkte Methode hat sehr günstige Resultate ergeben, entgegen der Meinung von **Frisch** und vielen Anderen. Wir können jetzt nicht mehr die Wirksamkeit der **Pasteur**'schen Methode verneinen, weil sie gestützt ist nicht auf die Thierexperimente, wie bei **Frisch**, sondern auf die Erfahrung beim Menschen. Berücksichtigen wir jetzt noch die statistischen Zahlen, so sind folgende Resultate zu verzeichnen, wobei aber gleich zu bemerken ist, dass diese statistischen Angaben, da sie sich nur über eine kleine Zahl der von mir operirten Fälle erstrecken, uns nur zu sehr vorsichtigen Schlüssen berechtigen:

Im Ganzen haben sich während der Zeit seit der Einführung von Impfungen 536 Personen an mich gewandt. Von diesen wurden nur 430 geimpft, blieben ungeimpft 97, starben an Tollwuth 8. Die Impfung wurde nicht vorgenommen in denjenigen Fällen, wo das beissende Thier keine Zeichen der Tollwuth zeigte, und wo die Wunde durch das unzerrissene Kleidungsstück hindurch beigebracht war.

Ziemacki.

Ignatjew: Zur Statistik der croupösen Pneumonie und zur Aetiologie der dieselbe complicirenden Meningitis. (Med. Obsr. № 4).

Das Material zu dieser Arbeit lieferte das Archiv des Jausischen Arbeiterhospitals in Moskau; es umfasst für den 10-jährigen Zeitraum von 1877—1886 2962 Fälle von croupöser Pneumonie, welche an 2335 Männern und 627 Weibern mit einer Mortalität von 647 beobachtet wurden. Die folgende Tabelle giebt die Frequenz, die Mortalität und deren Procent für die einzelnen Jahre an.

	Männer			Weiber		
Jahr	Aufgen.	Gestorben	%	Aufgen.	Gestorben	%
1877 . . .	137	35	25,5	47	18	38,3
1878 . . .	215	36	16,7	54	13	24,1
1879 . . .	258	61	23,6	55	17	30,9
1880 . . .	195	55	28,2	60	17	28,3
1881 . . .	183	41	22,4	65	14	21,5
1882 . . .	182	41	22,5	64	16	25,0
1883 . . .	212	31	14,6	52	14	26,9
1884 . . .	277	56	20,2	62	12	20,0
1885 . . .	371	65	17,5	98	24	24,1
1886 . . .	313	57	18,2	82	23	28,1
	2335	477	20,42	627	170	27,11

Das mittlere Mortalitätsprocent betrug demnach im Allgemeinen 21,84%, für die Männer 20,42, für die Weiber 27,11 (1 : 1,35), ein Verhältniss, das auch anderweitig beobachtet worden ist. Die Ursachen einer so hohen Sterblichkeit bei der Pneumonie kann einestheils in der Intensität der Infection liegen, andererseits aber auch durch das Alter bedingt werden, wie die folgende Tabelle es zeigt:

	Männer			Weiber		
Alter	Erkrankt	Gestorben	%	Erkrankt	Gestorben	%
10—15 . . .	293	18	6,10	34	6	17,6
16—20 . .	509	49	9,62	42	12	28,6
21—25 . .	304	29	9,54	56	8	14,3
26—30 . .	269	46	17,10	66	13	19,7
31—35 . .	164	32	19,50	53	16	30,2
36—40 . . .	193	56	29,00	87	20	23,0
41—50 . . .	352	115	32,70	151	44	29,0
51—60 . . .	181	81	44,70	90	31	34,4
61—80 . .	75	47	62,70	49	22	44.9
100 . . .	1	—	—	—	—	—

Die grösste Zahl der Erkrankungen fällt mithin auf das Alter von 10 bis 30, je älter die Kranken, desto grösser die Sterblichkeit, was auch für die Weiber, wenn auch nicht mit so hohen Zahlen, gilt; dieses Gesetz wurde schon von **Cruveilhier** erkannt und von **Peter** bestätigt.

Die *Complicationen* wurden häufiger im Alter von 15—40 Jahren, bei Greisen weniger oft beobachtet und bestanden in: Pleuritis exsudativa bei 86 M., 14 W., Gangraena pulmonum bei 35 M., 3 W., Pericarditis bei 23 M., 2 W., Peritonitis serosa-fibrinosa bei 8 M., 1 W., Nephritis parenchymatosa bei 5 M., 6 W., Parotitis bei 1 M., 3 W., Abscessus pulmon. bei 7 M., 1 W., Ostitis media bei 9 M., 2 W., Erysipelas faciei bei 9 M., 2 W. Der Einfluss des *Alcoholismus* auf den Verlauf der Pneumonie ist oft sehr deutlich nachweisbar.

Verf. polemisirt bei der Besprechung der Complication der Pneumonie mit Meningitis, mit Huguenin u. a., welche im Gegensatze zu vielen anderen ein solches Zusammentreffen für ein recht häufiges und aus gleicher Infectionsquelle stammendes halten, und meint, dass viel häufiger beide Infectionen an den betreffenden Kranken neben einander aufträten. Die Ansicht **Nauwerck**'s, dass die Meningitis durch Embolie aus den Gefässen des erkrankten Lungengewebes oder des Endocards entstehe, darf nach **Ignatjew**'s Ansicht nicht so verallgemeinert werden, wie es N., auf einen Fall gestützt, thut. Viel wahrscheinlicher sei die Ansicht **Weichselbaum**'s, der eine Verbreitung des entzündlichen Processes und der Auswanderung der Pneumokokken via Lungenwurzel, submucöses Rachengewebe, Highmore's- und Stirnhöhlen u. s. w. auf die Meningen annimmt. **Ignatjew** hat nun in 10 Fällen (0,43%) complicirende Meningitis gefunden. Hinsichtlich der Häufigkeit der Meningitis bei verschiedener Localisation erlaubt die geringe Anzahl der Fälle keine Schlüsse. Prof. **Popow** in Warschau meint, dass die linksseitige Pneumonie sich häufiger mit Meningitis zu compliciren scheine (58,9% links, 35,9% rechts, 5,2% Pn. duplex). Die Meningitis tritt gewöhnlich auf der Convexität, aber auch auf der Basis des Gehirns auf und verbreitet sich, wenn auch sehr selten, auf die Rückenmarkssäule. Prof. **Botkin** behauptet, dass die Entzündung gleichzeitig die Meningen des Gehirns und des Rückenmarks ergreife, während **Nauwerck** für das Gehirn 75,86%, für Gehirn und Rückenmark zusammen 24,1% angiebt; bei Prof. **Popow** finden sich die Zahlen 72,97 und 27,0%.

In dem nun folgenden Abschnitte über die pathogenen Mikroben bei Meningitis bespricht **Ignatjew** die einschlägige Literatur und findet, dass die pyogenen Kokken (Staphylokokkus albus et aureus, Streptokokkus pyogenes) beständige Begleiter der Hirnhautentzündung seien, während Mikroorganismen in den serösen Exsudaten fehlen. Diese Kokken treten mit der erregenden Pneumonie in den Organismus ein und rufen in weniger Widerstand leistenden Organen, den serösen Häuten, den Gehirn- und Rückenmarkshäuten und den Augen Entzündungen hervor.

Begünstigende Momente für das Auftreten solcher Entzündungen bald an dem einen, bald an dem anderen Orte sind schwer genau zu bestimmen, doch scheint der chronische Alcoholismus keine geringe Rolle dabei zu spielen, da **Nauwerck** ihn in 1/3 seiner Fälle ver-

zeichnet fand, ebenso könnte auch der Morbus Brightii (Prof. Popow) zu Meningitis prädisponiren; es ist aber bis jetzt noch nicht festgestellt, ob die bei der Pneumonie auftretende Meningitis durch das Bacterium pneumoniae oder durch eine andere Ursache bedingt werde.

Aus der zu dieser Frage gehörigen Literatur ergiebt sich, dass trotz der vielfachen bacteriologischen Befunde die volle Identität der Mikroorganismen durch Culturversuche und Ueberimpfung auf Thiere nicht klargestellt ist. Ignatjew hat die Gelegenheit gehabt, in 2 Fällen von postpneumonischer Meningitis solche Versuche mit dem Inhalte der Gehirnventrikel, der Pia mater und der subarachnoidalen Räume anzustellen und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen:

Er fand in den Culturen neben den pyogenen eine, dem äusseren Ansehen nach der pneumonischen sehr ähnliche Cultur, welche aber, Mäusen eingeimpft, keine Pneumonie, sondern je nach der Impfstelle Pleuritis oder Peritonitis setzte und in's Blut injicirt, Erscheinungen von schwerer Infection hervorrief, freilich nach grossen Mengen (½—1 Pravaz'sche Spritze). Die weitere Entwickelung dieser Culturen zeigte bedeutende Abweichungen von den pneumonischen Culturen Friedländer's. Anstatt des grossen, mattglänzenden mit scharfen, perlmutterfarbigen Rändern versehenen und sich rasch weiter entwickelnden Köpfchens gab die Ignatjew'sche Cultur ein langsam wachsendes, trockenes, gezähntrandiges, deutlich concentrisch geschichtetes Hütchen, dessen Farbe der pneumonischen Cultur nahe kam. Die Entwickelung längs des Stiches ging aber besser vor sich und bedeckte sich der Stich nach 2—3 Tagen mit zahlreichen, wie aufgereihten Körnchen, in den folgenden Tagen entwickelte sich der Stich sehr stark, während das Hütchen zurückblieb und unwillkürlich stieg der Gedanke auf, dass die eine Cultur einer starken Sauerstoffzufuhr bedürfe, die andere aber umgekehrt.

Das Mikroskop wies Kokken, einzeln oder als Diplokokken, nach, welche vorzüglich durch Gentianaviolett u. nach der Gramm'schen Methode gefärbt werden konnten und beim Cultiviren auf Agar-Agar, Kalbsbouillon im Thermostaten bei 37° C. sich mit Capseln umgaben. Diese waren ein wenig grösser als die Kokken selbst und färbten sich leicht, traten aber auf Fleischpeptongelatine nicht auf, sondern wurde dann nur ein heller Hof, wie bei vielen anderen Mikroben, rund herum sichtbar, welcher an frischen Präparaten und bei künstlicher Beleuchtung sehr deutlich hervortrat und durch seine optische Brechbarkeit an die ungefärbte Spore des Milzbrandes erinnerte.

Ignatjew hält die von ihm aufgefundenen Kokken für Erreger der Meningitis und meint, dass, da das Bacterium pneumonicum nur Pneumonie producire, die dabei vorkommenden Entzündungen seröser Häute durch einen anderen Organismus hervorgerufen werde; ihm ist es nie gelungen, eine Eiterung durch Einführen pneumonischer Culturen zu erzeugen.

Die oben beschriebenen Culturen wurden nur aus grau hepatisirten Lungenabschnitten, nie aus rother Hepatisation gewonnen, woraus zu schliessen wäre, dass jenes Stadium der Pneumonie in gewissem Zusammenhange mit der Entwickelung eitriger Processe an den serösen Häuten stände; Nauwerck fand in seinen Fällen 7 Mal rothe und graurothe und 19 Mal graue und gelbe Hepatisation; nach Prof. Popow treten diese Entzündungen während der Lösung der Entzündung oder während diffuser Eiterung des Lungengewebes auf; in Ignatjew's Fällen sind 1 Mal rothe, die übrigen Male graue Hepatisation und eitrige Infiltration der Lungen notirt, ausserdem führt J. noch andere Fälle aus der Literatur an.

Im Allgemeinen ist zu bemerken, dass alle Complicationen der croupösen Pneumonie meistentheils im Stadium der grauen Hepatisation oder der eitrigen Infiltration auftreten.

Ignatjew resumirt seine Beobachtungen folgendermaassen: 1) Die Complication der croupösen Pneumonie mit Meningitis kommt selten vor. 2) Diese wird nicht durch den pathogenen Mikroorganismus der Pneumonie hervorgerufen. 3) Als Ursache der eitrigen Meningitis bei der croupösen Pneumonie muss eine besondere, der von Passet (Fortschr. der Medicin. III. 1883. № 2) beschriebenen ähnliche Bacterienart angenommen werden, welche pyogener Natur ist. 4) Das Bacterium pneumonicum kann den pyogenen Mikroben nicht zugezählt werden und folglich auch keine eitrige Metastasen hervorrufen. 5) Als Infectionsquelle der Septicämie und der Pyämie dient der Inhalt der Luftwege, welche zufällig organisirte Formen enthalten, die unter günstigen Bedingungen in die Blut- oder Lymphbahnen übertreten. 6) Das Weichselbaum'sche entzündliche Oedem, welches sich per continuitatem von der Lunge auf die Meningen ausbreitet, erklärt alle metastatischen Erscheinungen bei der Pneumonie, nur nicht die Erkrankung der Gelenke und der Augen. Hz.

R. Virchow: Emphysema pulmonum. (Berl. klin. Wochenschr. № 1).

V. hat wiederholentlich die Erfahrung gemacht, dass man Lungen, die nur einfach in einem hohen Grade der Blähung sich befanden, als emphysematöse angenommen hat. Nach ihm darf man nur dort von Emphysem sprechen, wo wirklich ein allmälig fortschreitender Verlust von Lungengewebe, eine Atrophie von Scheidewänden und, als eine Folge davon, ein Zusammenschmelzen der Alveolen stattfindet. Ein aufgeblasenes und getrocknetes Stück einer emphysematösen Lunge unterscheidet sich von demjenigen einer ballonirten schon makroskopisch durch die in die Augen fallende ungleiche Grösse der Alveolen und die Reste von Scheidewänden in den grösseren derselben. Was nun die Theorie der Entstehung des Emphysems betrifft, so glaubt V., dass es sich dabei um eine substantielle Erkrankung des Lungengewebes mit Verlust seiner Elasticität handelt, bedingt durch einen ähnlichen *nekrobiotischen Process*, welcher auch die Rarefactionen im Netz zu Stande bringt. Dass dieser Process sehr oft, ja in den meisten Fällen schon in der Kindheit stattfinden muss, dafür spricht nach V. schon das häufige Vorkommen *der albinotischen Zustände der Lunge* bei Emphysematikern. Dem mechanischen Momente legt V. nur eine begünstigende Bedeutung bei. Kn.

T. Cramer (Frankfurt a. M.): Zur Massagetherapie. (Separatabdruck aus der «Deutschen Med. Wochenschrift 1887 № 48).

Verf. bespricht in dieser kurzen Schrift die Behandlung von 3 Fällen von Distorsionen der Gelenke, die er an sich selbst erfahren, und namentlich: 1) Distorsion des rechten Fussgelenks, 2) Distorsion des linken Fussgelenks, 3) Distorsion des rechten Handgelenks. — Die Behandlungsdauer betrug beim ersten Fall 2 Tage mit 7 Sitzungen, beim zweiten Fall 7 Tage mit 13 Sitzungen, beim dritten Fall 5 Tage mit ca. 19 Sitzungen. In dem zweiten Fall wurde der Fuss am 2. Tage, in dem dritten Fall die Hand am 3. Tage zur theilweisen Function herangezogen, was eine Verschlimmerung zur Folge hatte. Als Unterstützung der Massagebehandlung werden «abwechselnd heisse (40—50° R.) und kalte Bäder (8° R.)» empfohlen. Die Massage muss in der Behandlung geübten und erfahrenen Personen anvertraut werden. —i—

Martinotti: Einfache Färbungsmethode der elastischen Fasern. (Zeitschr. f. wissensch. Zool. 1887. Bd. IV. Heft 1).

Die von Balzer, Unna und Lustgarten angegebenen Methoden sind theils unzuverlässig, theils zu umständlich und schlägt deshalb Verf. seine eigne vor, die in Folgendem besteht. Die Präparate werden in 0,2% Chromsäurelösung fixirt und gehärtet, die mit Wasser gewaschenen Schnitte auf 48 Stunden in eine schwache alcoholische Safraninlösung (5 Theile Safranin in 100 Th. absoluten Alcohols gelöst und nach einigen Tagen 200 Cc. Wasser hinzugefügt) gelegt, mit absolutem Alcohol entwässert, mit Nelkenöl aufgehellt und in Canadabalsam eingeschlossen. Die elastischen Fasern färben sich schwarz, die Kerne gesättigt roth, die übrigen Theile blassroth. (Med. Obsr. № 3 p. 289—290). Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

P. Kadner: Zur Anwendung diätetischer Curmethoden bei chronischen Krankheiten. Berlin-Neuwied, Heusers Verlag. 1887.

Diese kleine Brochüre enthält eine knappe Darstellung der hauptsächlichen Principien und der Anwendungsweise der Methoden von Ebstein, Oertel, Weir-Mitschel, von Düring und Schroth. Kn.

Lindner: Ueber die Wanderniere der Frauen. Neuwied-Berlin, Heusers Verlag 1888.

Ein sehr lesenswerthes Werk, wenn auch der Verf. in seinen Anschauungen über die Aetiologie, Pathogenese und Symptomatologie der Wanderniere in so mancher Hinsicht von den früheren Autoren abweicht. So glaubt er, dass in den meisten Fällen die Wanderniere eine angeborene Anomalie ist oder es sich dabei um eine in der ersten Anlage begründete Disposition handelt. Alle übrigen Momente, wie Erschlaffung der Bauchdecken, schwere Anstrengungen, Schwund des Fettpolsters, Corsets können nur begünstigend wirken. Den Einfluss des Schnürens der Rockbänder leugnet er gänzlich. Alle von den Trägerinnen rechtsseitiger Wandernieren angegebenen Magenbeschwerden will Verf. auf ein gemeinsames Princip zurückführen, nämlich: gehinderten Austritt des Mageninhaltes in den Darm, Stauung des Inhalts im Magen. Die Behauptung von Landau, dass durch die Dislocation der Niere nach unten und innen eine Knickung des Duodenums hervorgerufen wird, hat Lindner durch die Section nachweisen können. Hinsichtlich der Erklärung der sog. Einklemmung der Wanderniere gehen aber die Ansichten von Landau und Lindner auseinander, da letzterer in diesem Falle eine Knickung des Ureters voraussetzt. Zum Schluss bringt Verf. eine Statistik der operativen Eingriffe bei Wandernieren und mehrere Krankengeschichten. Kn.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. December 1887.

1. Dr. v. Schröder: «Bericht über die Thätigkeit der Curanstalt zu Sassenhof 1885—87. (In der Petersb. Med. Wochenschrift erschienen).

2. In der Hebammensache wird beschlossen: 1) Die Annahme der Tagesordnung: In Anerkennung des Nothstandes der Infectionsgefahr im Wochenbette erwartet die Gesellsch. von ihren Mitgliedern, dass sie strengstens auf die Durchführung der «prakt. Regeln» sei-

fast bei allen rund, und ragen sie etwas über die Oberfläche hervor; ihrer sind nicht weniger als 100. Auf der Platte 0 sind sehr viele Colonien, welche dicht beisammen stehen, so dass an diesen Stellen ihre Farbe kaum gelblich, bei manchen sogar weisslich ist; ihre Grösse ist geringer als auf den Platten I und II. Andere Colonien waren nicht vorhanden. Unter dem Mikroskop sind diese Colonien von deutlich gelber Farbe, ragen sichtbar über die Oberfläche hervor und sind von gleichmässiger, feinkörniger Beschaffenheit und deutlichen Umrissen; die Peripherie ist nur etwas heller als das Centrum, — wahrscheinlich ist das Centrum ein wenig dicker. Das Centrum hat keine sichtbare Erhöhung und daher glichen die Colonien eher einem runden Plättchen mit etwas erhöhter Mitte. 29. October: Die Colonien sind 2 Mal und mehr so gross geworden als am 24. October; ihre Farbe ist deutlich braun. Die mikroskopischen Präparate, mit 1—2% wässeriger Gentianaviolettlösung gefärbt, haben eine Bacterie ergeben, welche derjenigen Prof. Afanassjew's sehr ähnlich ist. Die Stäbchen sind auf der Gallerte kleiner, als auf dem Agar. ~~Bisweilen kamen~~ Fäden vor.

Aus der Leber und den Nieren gelang es ebenfalls Keuchhustenbacteriencolonien zu züchten.

Gleichzeitig mit ihnen fanden sich hier aber auch noch dunkle, runde Colonien aus kleinen Kokken und grosse Colonien von unregelmässiger Form, welche bisweilen in einzelne runde Colonien zerfielen und aus grossen, beinahe immer eiförmigen Kokken (übrigens waren unter denselben auch runde, oder richtiger, würfelförmige) bestanden. Beide Arten Colonien verflüssigten die Gallerte nicht und wuchsen auf dieser ebenso wie auf dem Agar. Die ersten, aus kleinen Kokken bestehenden Colonien erschienen 3—4 Tage nach der Aussaat (aus letzterer wurde noch eine Reincultur angestellt und bei dieser erschienen die Colonien nach 3 - 4 Tagen in ungeheurer Menge); die anderen, aus grossen Kokken bestehenden Colonien aber entwickelten sich schon am folgenden Tage, erst hellgrau, dann dunkelgrau gefärbt.

Aus der Leiche des zweiten an Keuchhusten verstorbenen Kindes erhielt ich Colonien der Keuchhustenbacterie aus den Lungen, der Leber und aus dem Schleim der Luftröhre und Bronchien. Aus den Lungen und der Leber ergab die Aussaat beinahe Reinculturen; aus dem Schleim der Luftröhre jedoch — mit starker Verunreinigung durch andere Kokken. Die Colonien der Letzteren sind für's blosse Auge grau, unter dem Mikroskop (Oc. 3, Obj. 4, Hartnack) ist die Peripherie farblos, weisslich, feinkörnig, das Centrum zartkörnig und bräunlich. Dieselben Colonien verunreinigten auch die aus dem Schleim der Bronchien erhaltenen Keuchhustenbacteriencolonien; nur überwiegen hier die Letzteren. Da die bei diesem 2. Falle gewonnenen Colonien hinsichtlich des Wachsthums, der Farbe, Grösse, Art etc. völlig der Reincultur von Prof. Afanassjew's Bacterie, sowie der von mir im 1. Falle erhaltenen entsprechen, — werde ich, um Wiederholung zu vermeiden, nicht den ganzen Versuch in extenso anführen.

Die zweite Gruppe bildeten, wie ich schon gesagt, zwei Kinderleichen, von denen in der ersten ausser catarrhalisch-pneumonischen Herden, noch eine kleine Caverne vorhanden war; und bei der zweiten hatte man noch während des Lebens Diphtherie des Kehlkopfes, der übrigens nicht secirt worden war, vorausgesetzt; in den Lungen fanden sich allerdings pneumonische Herde. In beiden Fällen erhielt man durch Plattenculturen nur aus den Bronchien und Lungenherden Keuchhustenbacteriencolonien.

Die Cultur aus dem pneumonischen Herde der Lunge mit der Caverne wurde auf die obenbeschriebene Art am 18. October angestellt. Am 20. October erscheinen auf den Platten mit Gelatine und Agar-Agar 2 Arten von Colonien, grösstentheils dunkelbraune, von unregelmässiger Form, seltener blasse, beinahe farblose, manche mit gelblichem Anflug, runde, flache, scharf begrenzte. Das war auf den Platten 0 und I; und auf den Platten mit dem Zeichen II waren 2 Arten von Colonien: dunkelbraune, den Hefepilzen ähnliche, von welchen wenige, höchstens 10 vorhanden waren; und beinahe farblose, blasse, flache, kleiner als ein Stecknadelkopf. Die mikroskopische Untersuchung der ersteren, dunkelbraunen, grossen Colonie ergab ovale Kokken, zu 2 oder auch haufenweise verbunden; die kleinen Colonien ergeben ein Stäbchen, welches dem Stäbchen Prof. Afanassjew's ähnlich ist und auch aus den anderen Leichen erhalten wurde. Die Stäbchen sind nicht alle von gleicher Grösse. Gut zu sehen sind sie nur unter Oel-Immersion. Am 27. October sind auf der Platte mit Gallerte mit dem Zeichen 0 viele Colonien mit dem blossen Auge zu sehen. Die Einen erscheinen als kleine, graue Puncte, grösstentheils auf der Oberfläche sitzend; andere haben eine bläuliche Farbe. Letztere sind unregelmässig geformt; wachsen, ohne die Gallerte zu verdünnen; ragen wenig über die Oberfläche hervor; ihrer sind auf allen Platten nur wenige. Sie sitzen hauptsächlich auf der Peripherie und bringen dadurch auf den Gedanken der Verunreinigung der Cultur beim Besehen.

Ausserdem waren noch Colonien mit dunkelbraunem Centrum, bei welchen die Farbe plötzlich aufhört, bevor sie die Peripherie erreicht hat, daher erscheint letztere wie eine helle, breite Zone. Sie sind häufig von runder Form, nicht grösser als die Keuchhustenbacteriencolonien, doch kommen auch ovale vor. Unter dem Mikroskop ($\frac{4}{3}$ Hartnack) erscheint das Centrum kleinkörnig, die Peripherie streifig. Im Centrum kommen oft dunkle, unregelmässige Flecken vor; dasselbe ist dunkelbraun, während die Peripherie grau ist. Die ersteren Colonien sind für's blosse Auge grau; unter dem Mikroskop ($\frac{4}{3}$ Hartnack) erscheinen sie braun, gleichmässig kleinkörnig, mit deutlichen Umrissen, rund geformt, doch kommen auch eiförmige vor, besonders auf dem Agar-Agar. Bei näherer Untersuchung erwiesen sie sich als die Keuchhustenbacterien. In den bläulichen Colonien ist die Peripherie unter dem Mikroskop ($\frac{4}{3}$ Hartnack) wie eine breite Zone, fast farblos, deutlich körnig, das dunkelbraune Centrum grobkörnig. Der Kokkus ist gross und eiförmig. In den kleinen Colonien mit dem scharf abgegrenzten, dunkelbraunen Centrum wurde ein kleiner Monokokkus nachgewiesen.

In dem Falle, wo Diphtherie des Kehlkopfes vorausgesetzt worden war, ergaben die Culturen aus den Bronchien besonders viele Colonien, die nicht aus Keuchhustenbacterien bestanden:

1) Dunkelgraue, grosse Colonien — ein Kokkus von mittlerer Grösse. 2) Flache, grosse, grobkörnige, farblose und weissliche Colonien — eiförmige Kokken, häufig zu 2 zu einem Kettchen verbunden. Ausser diesen Colonien waren auch viele solche, die in Farbe, Aussehen und Art der Bacterie ganz übereinstimmten mit Prof. Afanassjew's Bacterie, sowie mit derjenigen, welche ich schon früher erhalten hatte.

Die Plattencultur aus den pneumonischen Herden ergab fast Reinculturen der Keuchhustenbacterie. Auf eine Anzahl von 100 Keuchhustenbacteriencolonien auf Gallerte und Agar kommen an dunkelgrauen für's blosse Auge und dunkelbraunen unter dem Mikroskop ($^{3}/_{4}$ Hartnack) nicht mehr als 15—20. Die mikroskopischen Präparate aus diesen letztgenannten Colonien ergaben runde Kokken von mittlerer Grösse. Das weitere Wachsthum der Colonien stellte nichts Neues dar, so dass ich keine weiteren Notizen machen werde.

Nachdem ich in allen vier Fällen Reinculturen erhalten und das Wachsthum der Colonien auf den Platten mit Gallerte und Agar-Agar beobachtet hatte, begann ich das Wachsthum der betreffenden Bacterie in den Probirröhrchen mit Gallerte und Agar-Agar und auf der Kartoffel zu beobachten. Zu dem Zweck wurde folgendes Verfahren eingeschlagen: mit einer ausgeglühten und darauf abgekühlten Nadel wurde ein Theilchen einer Colonie genommen und mit dieser Nadel ein Stich in die Mitte des Agar und der Gallerte gemacht. Die Probirröhrchen wurden mit antiseptischer Watte geschlossen und bei der Impfung mit der Oeffnung nach unten gehalten, da die Mikroorganismen auf diese Weise weniger leicht hineinfallen könnten. Die Nadel wurde nicht bis zum Boden des Probirröhrchens eingeführt. Die so inficirten Probirröhrchen wurden mit den zu Controlversuchen benutzten unter gleichen Bedingungen beobachtet, alle mit Etiquetten mit dem Datum versehen und angegeben, aus welchem Organ und von welchem Fall sie stammten. Jeden Tag wurden die Probirröhrchen besehen und die Resultate angeschrieben.

So war am 25. October (im ersten Falle) ein Stich gemacht und am 26. October angemerkt worden: In dem Probirröhrchen mit der Gallerte ist auf der Oberfläche, an der Stelle des Stiches ein zarter, kaum bemerkbarer Belag, kaum von der Grösse eines Stecknadelkopfes. Er ist fast farblos oder leicht grau und sehr dünn. Auf dem Agar ist ebenfalls eine Membran, grau, etwas dicker als auf der Gallerte. 28. October: Der Belag auf der Gallerte ist deutlich zu sehen, breitet sich auf der Oberfläche aus, ist durchsichtig, uneben, von der Grösse von 2 Stecknadelköpfen, unregelmässig geformt, mit unregelmässigen Rändern. 29. October: Der Belag ist uneben, durchsichtig, dünn, mit merklich unregelmässigen Rändern; das Wachsthum breitet sich unregelmässig nach allen Seiten aus. Auf dem Agar ist ein grauer, sich deutlich über die Oberfläche erhebender Belag mit mattem Glanz. 30. October: Der graue Belag auf der Oberfläche hat unregelmässige, gezahnte Ränder, ist dünn, mit unebener Oberfläche. Auf dem Agar ist der Belag dicker, mit gleichmässigeren Rändern, rundlich, grau, undurchsichtig, matt glänzend.

31. October: Die Oberfläche des Belages auf der Gallerte ist uneben, der Belag dünn, grau, die Ränder gezahnt, weisslich. 1. November. Der Belag ist dünn, durchsichtig, seine Oberfläche uneben, grau; die Ränder gezahnt, haben eine deutliche weisse Färbung angenommen. Auf dem Agar ist der Belag dick, grau mit bläulicher Färbung, matt glänzend; rund, mit gleichmässigen Rändern, hat sich beinahe bis zu den Rändern des Probirröhrchens ausgedehnt, — folglich ist das Wachsthum im gegebenen Falle auf dem Agar rascher als auf der Gallerte. 3. November: Der Belag ist grau, dünn, durchsichtig, mit unregelmässigen weissen Rändern. Auf dem Agar sind die Ränder auch weisslich, aber der Belag ist dicker, grau, mit bläulichem Anflug. 5. November: Grauer, durchsichtiger Belag; die Ränder sind weiss, stark gezahnt; auf dem Agar ist der Belag mit hellgrauem, bläulichem Anflug, die Ränder gleichmässig, etwas heller und weisser als das Centrum; der Belag ist rund, mit mattem Glanz, erreicht stellenweise die Wände des Probirröhrchens. 7. November: Die Oberfläche ist eingebogen, der Belag grau, mit weisslichen, gezahnten Rändern, ist dünn, durchsichtig, mit feuchtem Schimmer. Die Ränder haben auf dem Agar vollständig, hier beinahe überall, die Wände des Röhrchens erreicht.

20. October wurden Keuchhustenbacterien auf eine Kartoffel verimpft. Es geschah folgendermaassen: Die auf die bekannte Weise präparirte Kartoffel (s. Prof. Afanassjew's Abhandlung im „Календарь для Врачей", 1886) wird mit einem ausgeglühten und abgekühlten Messer in 2 Hälften zerschnitten, und diese in eine Schale unter eine Glaskuppel gelegt, die angeschnittene Seite nach oben. Die Schale muss vorher mit Sublimatlösung gewaschen und zur Erhaltung der Feuchtigkeit auf den Boden ein mit Sublimatlösung angefeuchtetes Löschpapier gelegt werden. Die Impfung wird gemacht, indem man ein Theilchen von der, die gegebene Bacterie enthaltenden Colonie mit einer Platinnadel mitten auf die Oberfläche der Kartoffel streicht. Das Wachsthum der Bacterie konnte man durch den Glasdeckel beobachten, welchen man so selten als möglich aufheben sollte, um die Kartoffel möglichst gut vor anderen Mikroben zu schützen.

22. October wurde ein Theilchen einer Keuchhustenbacteriencolonie einer Kartoffel verimpft. 23. October ist bereits eine leichte, blasenähnliche, beinahe farblose Erhöhung zu bemerken, welche ein thauähnliches Aussehen hat. 24. October: Der Belag ist gelblich, wächst recht stark nach allen Seiten hin auf der Oberfläche und nimmt eine erbsengrosse Stelle ein; er erhebt sich sichtbar über die Oberfläche und besteht, bei näherer Betrachtung, gleichsam aus feuchten, feinen Bläschen. 26. October: Hellgelber, sich über die Oberfläche erhebender Belag, stellenweise deutlich blasenähnlich, mit feuchtem Schimmer. 27. October: Der Belag ist so gross wie ein silbernes Fünfkopekenstück, blasig, braun, feucht glänzend. 29. Octob.: Der braune Belag nimmt ¼ der Oberfläche ein; seine Farbe, sein Aussehen und feuchter Schimmer erinnern an gestrichenen Honig. 31. October: Der Belag hat stellenweise schon den Rand der Kartoffel erreicht; seine Farbe ist gesättigt braun, sein Aussehen glänzend feucht, die Oberfläche höckerig, blasig. 2. November: Der Belag hat überall den Rand der Kartoffel erreicht und bildet an der Peripherie eine Art weisslichen oder gelblichen Saum. Der Belag nimmt sichtlich an Dicke zu, glänzt feucht, ist blasig. Während weiterer 3 Tage konnte man beobachten, wie die Farbe immer mehr gesättigt braun, der Belag immer dicker wird. In diesem Falle wurden mikroskopische Präparate gemacht; es ergaben sich Stäbchen, die charakteristisch für Keuchhusten sind, aber einigermaassen grösser, als die Stäbchen auf der Gallerte.

Das Wachsthum der Bacterien, welche ich aus den anderen Organen der drei übrigen Kinder erhielt in Probirröhrchen mit Gallerte und Agar und auch auf Kartoffeln, hatte ganz denselben Charakter, wie die eben beschriebenen; daher werde ich von meinen Beobachtungen über das Wachsthum der Keuchhustenbacterie nur im Allgemeinen einige Facta mittheilen. Auf der Gallerte erreicht der Belag häufig schneller die Wände des Probirröhrchens, als auf dem Agar. (Eine gleiche Form des Röhrchens vorausgesetzt). Die Schnelligkeit des Wachsthums auf der Oberfläche der Gallerte hängt hauptsächlich von der Temperatur und der Zahl der verimpften Mikroben ab: bei 18—20° R. geht das Wachsthum schneller vor sich, als bei 15—16°. Ein grösseres Theilchen der Colonie in das Probirröhrchen übertragen, veranlasst rascheres Wachsthum und einen dickeren Belag, dessen Farbe auch deutlicher hervortritt. Die Colonien der Keuchhustenbacterie haben grösstentheils eine runde Form. Die Farbe derselben hängt von ihrem Alter ab: am 4.—6. Tage ist die Farbe immer braun. Unter dem Mikroskop (3/4 Hartnack) lassen sich die Keuchhustenbacteriencolonien von hellbrauner Farbe kaum im Gesichtsfeld unterbringen; bei 3/8 Hartnack ist von ihrem Bau wenig zu sehen: sie erscheinen kaum körnig. Bei 3/4 (Diaphragma 3) ist die Peripherie heller als das Centrum. Bei ausgezogenem Tubus tritt die Colonie deutlicher hervor; bei 3/4 erscheint sie grösser und nimmt beinahe das ganze Gesichtsfeld ein. Bei 3/7 kann man den Bau nicht unterscheiden, die Körnigkeit ist nicht klar. Die Bewegung der Bacterien konnte ich bei 3/8 Hartnack nicht sehen — dabei war auch der Bau nicht wahrzunehmen. Bei Lampenlicht erscheinen die Colonien hellbraun, die Körnigkeit ist deutlicher und besteht gleichsam wie aus kleinen Stäbchen.

Ich konnte die Colonien bis zu 3 Wochen beobachten; ihre Farbe ist niemals dunkel; ihr Wachsthum scheint bald stillzustehen: 6-tägige Colonien scheinen dieselbe Grösse zu haben wie 10—15—23 Tage alte. In Folge des Austrocknens der Gallerte und des Agars auf den Platten erscheint die Farbe für das blosse Auge grau, unter dem Mikroskop (3/4 Hartnack) hellbraun; das Bräunliche nimmt mit dem Austrocknen ab, schwindet aber nicht ganz. Um die Colonien nach Farbe, Wachsthum etc. genau zu beobachten, ist es nöthig Culturen mit möglichst dünn gesäeten Colonien zu erhalten; dieses wird durch 1., 2. und 3. Verdünnung erreicht; sehr dicht gedrängt, hören einige Colonien überhaupt auf zu wachsen, andere wachsen sehr langsam und ihre Farbe unterscheidet sich nach einer Woche durch nichts von der Farbe der dünn gesäeten Colonien am 2.—3. Tage. Die Farbe und das Wachsthum der Colonien zu beobachten ist u. A. schon deshalb nothwendig, weil mir bei einer Plattencultur aus dem Auswurf eines Kindes Colonien vorkamen, welche mir anfangs in den ersten 2—3 Tagen völlig identisch mit den Keuchhustenbacteriencolonien erschienen und erst am 4.—6. Tage sich deutlich von jenen dadurch unterschieden, dass sie immer ein dunkelbraunes Centrum mit scharfem, breitem, hellem Saum hatten, welcher streifig, das Centrum dagegen von körniger Beschaffenheit war; die dunkelbraune Farbe erschien plötzlich, noch am vorhergehenden Tage war die Colonie fast farblos oder nur leicht braun gewesen, am darauffolgenden Tage war sie schon deutlich braun. Ebenso ist die Form der Keuchhustenbacteriencolonie rund, mit etwas flachem Gipfel, während jene Colonie kuppelförmig ist. (Schluss folgt.)

Referate.

Bujwid: Die Resultate der Anwendung der Methode der verstärkten Impfung von Wuthgift nach Pasteur in Warschau. (Gaz. lek. № 16).

Die pessimistische Anschauung von Prof. Frisch über den Werth der Pasteur'schen Impfmethode hat dem Verf. viel zu denken gegeben. Und als er unter seinem ersten Hundert von geimpften Kranken einen Fall mit ungünstigem Ausgange erhalten hatte, griff er zu den schwächeren Impfungen. In der ersten Gruppe solcher Fälle führte B. die Impfung bis zum Rückenmarke, welches nur 5 Tage lang getrocknet war; in der zweiten Gruppe gebrauchte er höchstens das 6- oder sogar nur 7-tägige Rückenmark. Wenn das 5-tägige Rückenmark noch viel von dem unzersetzten Wuthcontagium enthalten sollte, so enthält das 6—7-tägige Rückenmark schon eine sehr schwache Dose von diesem Wuthgifte; man müsste sogar annehmen, dass die Schädlichkeit eines solchen Rückenmarkes gleich Null sein wird. Frisch selbst giebt an, dass so eine Impfung keinen besonderen Schaden anrichten kann. Was war nun die Folge einer solchen schwächeren Impfmethode? Lassen wir B. selbst reden: «Von den 130 Kranken, bei welchen ich die schwächere Impfmethode anwandte, sind 6 gestorben. Unter diesen 6 Sterbefällen waren 4 Fälle mit Biss in's Gesicht. Im Ganzen waren in dieser Serie nur 5 Fälle von Bisswunden im Gesichte, so dass aus der sämmtlichen Zahl der Gesichtswunden nur ein Kranker gesund blieb. Das Procent der Sterbefälle ohne jede Behandlung beträgt 10%. In dieser Serie ist das Procent der Sterbefälle nur um ein Geringes günstiger, als in den unbehandelten Fällen. Es ist also anzunehmen, dass das Resultat im Ganzen kein günstiges war und die Impfung in dieser Gruppe entweder schädlich oder wenig, ja selbst gar nicht wirksam war. Wir haben folgendes Mittel um uns zu überzeugen, ob die Impfung schädlich war: es ist bekannt, dass nach einer Injection des geschwächten, z. B. 5-tägigen Virus das Thier in einer viel späteren Periode erliegt, als wenn es mit einem frischeren Rückenmarke geimpft wäre. Nach der Einimpfung eines frischen Rückenmarkes erliegt das Thier in 10 Tagen, und wenn wir ein 5 Tage lang getrocknetes, dadurch schon bedeutend geschwächtes Rückenmark einimpfen, so stirbt das Thier in 20 bis 30 Tagen. Sobald wir aber wieder einen Theil des Rückenmarkes von dem letzten Thiere einem neuen Kaninchen einimpfen, so erliegt dasselbe gewöhnlich in 10 Tagen. Man sieht daraus, dass das Gift rasch seine Wirksamkeit zurückerlangt. Wenn man nun annehmen soll, dass diese schwachen

tens der Hebamme 1 sehen und für die Verbreitung der kleinen Schrift unter den Frauen Sorge tragen werden. 2) Jeder Hebamme ein Exemplar der «prakt. Regeln» mit motivirendem Begleitschreiben zu übersenden, sowie dieselben über den Empfang quittiren zu lassen. 3) Die Mitglieder aufzufordern, sich durch Namensunterschrift zu verpflichten, sofort nach Ausbruch einer Puerperalfiebererkrankung in ihrer Praxis, diese nebst Angabe der assistirenden Hebamme bei einem hierzu speciell designirten Collegen anzumelden, dem es obliegen soll, die eingelaufenen Meldungen zur Kenntniss der übrigen Mitglieder zu bringen. In gleicher Weise soll Abmeldung erfolgen, sobald die Hebamme die kranke Wöchnerin verlassen hat.

Behufs möglichst einheitlicher Auffassung des Begriffes «Puerperalfieber» sind aus praktischen Gründen alle diejenigen Krankheiten der Wöchnerinnen hierher zu rechnen, welche, von dem Genitalsystem ausgehend, in den Genitalorganen selbst oder in den umliegenden Geweben sich localisirt oder septische Allgemeinerscheinungen erzeugt haben.

Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

N. D. Monastyrski. †

Prof. chirurgiae.

Am 24. Mai verstarb in Königsberg Prof. N. D. Monastyrski, von seinen hiesigen Collegen, Schülern und Patienten gleich tief betrauert als treuer Berufsgenosse, anregender, nimmer ermüdender Lehrer und humaner, aufopfernder Arzt.

N. Monastyrski wurde geboren 1847 den 15. Sept. zu Czernowitz in der Bukowina als Sohn eines griechisch-orthodoxen Priesters, (sein Grossvater hatte unter der Regierung Katharina II. Russland seines Glaubens wegen, er war Altgläubiger, verlassen und sich ein Heim gesucht in der Bukowina) besuchte und absolvirte das Gymnasium zu Czernowitz und bezog zum Studium der Medicin die Universität Wien. Mit Glücksgütern nicht gesegnet, an ernste, scharfe Arbeit gewöhnt, gab er sich mit dem ihm eigenen Feuereifer dem Studium der Medicin hin, deren einzelne Disciplinen er mit gleich grosser Ausdauer und mit gleich grosser Begeisterung sich zu eigen zu machen strebte. Zeit und Mittel mussten zu diesem Zwecke umsichtig zu Rathe gehalten werden, nicht viel Zeit durfte dem fröhlichen, ungebundenen Studentenleben geopfert werden im Kreise von gleichgesinnten Freunden und mancher Monat wurde im Voraus in seinem Budget übermässig belastet, wenn Antiquar oder Buchhändler gar zu lockende, vielverheissende Aufklärung in Form von alten oder neuen Specialwerken in ihren Schaufenstern feilboten. Mit ganz besonders warmer Begeisterung gedachte M. noch oft der geistvollen, rhetorisch vollendeten Vorträge Hyrtl's. Nach absolvirter Promotion zum Dr. med. brachte N. Monastyrski noch zwei Jahre in Wien zu, um sich unter Billroth's Leitung zum Chirurgen auszubilden.

In dieser Zeit verehelichte sich M., zog 1875 mit Frau und Kind in die Heimath nach Russland, trat in den russischen Unterthanenverband und liess sich in St. Petersburg nieder, wo er sich an der medico-chirurgischen Academie nochmals den Dr. med. erwarb und promovirt wurde. Hierauf trat er als Chirurg in das Peter-Pauls-Hospital, wo er eine energische, segensreiche Thätigkeit entfaltete, deren Früchte er den Collegen zugänglich machte durch sehr vielfache Vorträge in hiesigen ärztlichen Vereinen und zahlreiche Aufsätze in hiesigen Zeitungen. Mit vieler Freude werden die Collegen noch in Zukunft seiner stets lebhaften, von warmer Begeisterung durchwehten Vorträge und Repliken gedenken. — M. war einer der ersten Verfechter der Antiseptik hier am Orte. Den russisch-türkischen Krieg 1877/78 machte M. in den Kriegslazarethen an unserer Südwestgrenze und in Rumänien mit und legte seine Erfahrungen und Erfolge in einem ausführlichen medicinischen Berichte nieder.

Im Januar 1885 habilitirte er sich als Privat-Docent für Chirurgie an der med.-chir. Academie und im Mai desselben Jahres wurde er zum Professor der Chirurgie an das neu begründete klinische Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna zur Fortbildung von Aerzten berufen. Die klinische Lehrthätigkeit entsprach vollkommen seinen Neigungen, Fähigkeiten und Kenntnissen. Mit grösstem Eifer und voller Hingebung widmete er sich dieser Thätigkeit. Mit erstaunlicher Gewissenhaftigkeit und nimmer rastendem Fleisse wandte er alle seine Kräfte auf die Ausarbeitung seiner Vorträge, in denen er jedes Mal seinen Zuhörern ein vollständiges Bild zu entrollen sich bemühte vom augenblicklichen Stande der behandelten Frage und von deren historischer Entwickelung. Der Lohn blieb denn auch nicht aus, ein grosser Kreis von Zuhörern, Studenten und Aerzten, unter letzteren manches weisse Haupt, sammelte sich um ihn und hing an ihm mit grosser Liebe und Verehrung. Seine grossen Kenntnisse, sein aufopfernder Lehreifer, die feurige Rede und die rücksichtslose Wahrheitsliebe in allen wissenschaftlichen Dingen nöthigten zur Achtung. Da M. oft gegen eigene Fehler nicht milder, sondern strenger als gegen fremde verfuhr, begegnete es ihm, dass bei Incongruenz von operativem Befunde und Product des diagnostischen Calculs seine Zuhörer ihn vertheidigten gegen die eigenen Vorwürfe.

Nur zwei kurze Jahre voller segensreicher Arbeit waren ihm vergönnt, in dem letzten Lehrjahre musste er sich zu seinem tiefen Leidwesen zum grösseren Theil vertreten lassen und sich überaus schonen.

Sonst von fester Gesundheit wurde M. zum ersten Mal im April 1887 plötzlich betroffen von einer abundanten Hämaturie aus der linken, beweglichen Niere; trotz Schonung, Bandage und aufmerksamer Behandlung kehrten die Blutungen mehrfach in geringem und heftigem Grade wieder bei Massenzunahme des Organs. Zu ganzen Monaten musste M. seiner Lehrthätigkeit entsagen. Den 18. Mai a. c. verliess M. als schwer Leidender Petersburg und reiste zu seinem einstigen Schulkameraden und Studiengenossen Prof. Mikulicz in Königsberg, um sich auf operativem Wege von seinem Leiden befreien zu lassen. Am 23. Mai wurde die Operation (wahrscheinlich Nephrectomie) ausgeführt; das erste Telegramm unmittelbar nach der Operation klang tröstlich, doch schon der nächste Abend brachte die Trauernachricht von seinem Dahinscheiden. Alle näheren Nachrichten fehlen noch zur Zeit. Friede seiner Asche! Ehre seinem Andenken!

Monastyrski hat folgende Arbeiten veröffentlicht:

1. Къ патологіи бугорчатой проказы (Lepra tuberosa). Диссертація 1877.
2. Dieselbe Arbeit in deutscher Sprache. (Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1879.)
3. Отчетъ о дѣятельности постояннаго ясскаго лазарета общества попеченія о раненныхъ и больныхъ воинахъ. (Военно-мед. журналъ 1879).
4. Историческія свѣдѣнія о чумѣ въ Москвѣ 1770—1772 г. Протоколы общ. русск. врачей 1878—79.
5. Два случая инфекціонной болѣзни съ острымъ опуханіемъ подчелюстныхъ, подмышечныхъ и паховыхъ лимфатическихъ железъ. Прот. общ. русск. вр. 1878—79
6. О результатахъ оперативнаго леченія Genu valgi по способу Ogston'a. Прот. общ. русск. вр. 1879—80.
7. Шелкъ обеззараженный по способу Czerny, какъ матеріалъ для наложенія костныхъ швовъ. Прот. общ. русск. врачей 1879—80.
8. Случай внѣсумочнаго перелома шейки бедра, съ образованіемъ ложнаго сустава (съ 3 рисунками). Труды общ. русск. вр. 1880—81.
9. Застрявшая въ пищеводѣ кость; эзофаготомія; выздоровленіе. Еженедѣльн. клин. газета 1881.
10. Къ казуистикѣ вывиховъ въ шейномъ участкѣ позвоночнаго столба. Еженед. клин. газ. 1882.
11. Къ вопросу о леченіи рубцовыхъ съуженій пищевыхъ путей токсическаго происхожденія. Еженед. клин. газ. 1883.
12. Къ морфологіи шизомицета сапа (Bacterium mallei). Еженед. клин. газ. 1883.
13. Случай превратнаго положенія внутреннихъ органовъ— Situs viscerum perversus. Еженед. клин. газ. 1883.
14. Казуистическіе матеріалы къ ученію о сифилитическихъ пораженіяхъ суставовъ. Еженед. клин. газ. 1883.
15. Beobachtungen über das Verhalten des Rotzpilzes im menschlichen Organismus. St. Petersb. med. Woch. 1884.
16. Наблюденія и изслѣдованія о травматическомъ столбнякѣ. Международн. клин 1885 und in deutscher Sprache in St. Petersb. med. Woch. 1885.
17. Zur Steuer der Wahrheit! Ein Beitrag zur Geschichte und Casuistik der osteoplastischen Resection des Fusses nach Wladimirow-Mikulicz. St. Petersb. medicin. Woch. 1886.
18. О современномъ леченіи ранъ. Лекціи, читанныя въ клин. институтѣ Вел. Княг. Елены Павловны 1885—86 академическ. года. С.-Петерб. 1886.
19. Subphrenischer Abscess, geheilt durch Thoracotomie mit Rippenresection. St. Petersb. med. Woch. 1887.
20. Современные взгляды на патологію и терапію воспаленій суставовъ. Лекціи, читанныя въ клин. институтѣ Вел. Княг. Елены Павловны въ теченіе 1886—87 академ. года. С.-Петерб. 1887.

T.

Vermischtes.

— Professor Dr. E. v. Bergmann in Berlin ist von der russischen chirurgischen Pirogow-Gesellschaft zum *Ehrenmitgliede erwählt* worden.

— Am 28. Mai findet die *feierliche Enthüllung des Denkmals der Kaiserin Katharina II.* statt, welches die St. Petersburger Communalverwaltung zum bleibenden Andenken an die Gründerin des Obuchowhospitals vor dem Hauptgebäude dieses Hospitals errichtet hat. An der Feier sollen ausser den geladenen Gästen auch die Zöglinge der hiesigen zehn auf den Namen der Kaiserin Katharina gegründeten Schulen theilnehmen.

— Den 25. Mai wurde im hiesigen Bezirksgericht ohne Zuziehung von Geschworenen die Klage des Dr. A. E. Jagodinsky gegen Schenkewitsch (cf. diese Wochenschr. № 14, pag. 125) wegen Beleidigung während der Ausübung seiner Amtspflicht verhandelt und wurde Sch. zu 14 Tagen Arrest im Polizeigefängniss verurtheilt. Wie wäre wohl der Ausgang dieses Processes mit Geschworenen ausgefallen? Nach dem Dreypölcher'schen Falle scheint eine solche Frage nicht müssig zu sein.

Hz.

— Unsere Stadtduma hat in ihrer Sitzung am 18. Mai c. beschlossen, zwei der städtischen Gebärasyle (das eine im Moskauschen Stadttheil, das andere auf Wassili-Ostrow mit je 3 Betten) eingehen

u lassen und dagegen zwei andere, im Alexander-Newsky- und im Roshdestwenski-Stadttheil belegene Gebärasyle, welche bisher ebenfalls nur 3 Betten hatten, um je 3 Betten zu vergrössern. Die durch Aufhebung der obengenannten Gebärasyle ausser Etat gesetzten Angestellten werden eine Entschädigung erhalten.

— Das Medicinaldepartement des Ministeriums des Innern hat ein *Project zur Verbesserung des Land-Medicinalwesens* in den Gouvernements Tobolsk, Tomsk, Irkutsk, Perm und Orenburg ausgearbeitet. In jedem Kreise sollen ein Dorfkrankenhaus und zwei Empfangslocale für ambulatorische Kranke eingerichtet werden.

— Die hiesige militär-medicinische Academie ist im Lehrjahre 1887/88 besonders reich an Doctordisputationen gewesen: es sind 82 Dissertationen an derselben öffentlich vertheidigt worden.

— Am 2. Mai beging die *Gesellschaft der Aerzte in Orel das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens*, bei welcher Gelegenheit sie zahlreiche Glückwünsche von anderen medicinischen Vereinen und einzelnen Personen erhielt. Das Stadthaupt von Orel überbrachte persönlich den Dank der Stadt für die ärztl. Hülfe, welche die Gesellschaft während ihres Bestehens 67,000 Kranken in der von ihr unterhaltenen Heilanstalt geleistet hat. In Anlass ihrer Jubelfeier hat die Gesellschaft 29 neue Ehrenmitglieder, meist med. Professoren der russischen Universitäten und der mil.-med. Academie, aber auch einige praktische Aerzte ernannt, ausserdem noch 4 ihrer Mitglieder, welche von der Zahl der Gründer (17) der Gesellschaft am Leben sind und zwar: Dr. W. I. Radulowitsch, Präsident der Gesellschaft, A. Lebedinski, Vicepräsident, Dr. Carl Luther und A. P. Asbukin. — Im Jahre 1887 zählte die Gesellschaft 23 wirkliche und 2 Ehrenmitglieder.

— Dr. P. Smolenski hat sich als Privatdocent für Hygiene an der Moskauer Universität habilitirt.

— *Verstorben*: 1) Am 1. Mai in Charkow C. O. Morawski, Oberarzt der Kursk-Charkow-Asowschen Eisenbahn, im 50. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten und war darauf Arzt am Stadthospital in Kursk. 2) Der Oberarzt des Grusinischen Grenadierregiments Stefanow an der Lungenschwindsucht. 3 und 4) Die Reserveärzte des Militär-Medicinal-Ressorts A. Baturski und J. Rumnizki. 5) In Wjatka der Oberarzt des dortigen Militär-Lazareths, Dr. Const. Lashenizyn. 6) Am 25. Mai n. St. in Prag der frühere Director des örtlichen allgemeinen Krankenhauses und Landes-Sanitätsreferent für Böhmen, Dr. Moritz Smoler. 7) In Lissabon der hervorragende portugiesische Augenarzt, Dr. Peter Adrian van der Laan, im 77. Lebensjahre.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 22. Mai d. J. 5843 (57 weniger als in der Vorwoche), darunter 416 Typhus- (56 weniger), 480 Syphilis- (38 mehr), 39 Scharlach- (5 mehr), 78 Masern- (2 weniger), 10 Diphtherie- (6 weniger) und 13 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorwoche).

— Am 28. Mai n. St. beging der weltberühmte und hochverdiente Ophthalmolog und Physiolog, Prof. Donders in Utrecht, seinen 70. Geburtstag. Zur Feier desselben hatten sich Gelehrte aus verschiedenen Ländern Europas eingefunden, so die Proff. Zehender aus Rostock, Nagel aus Tübingen, Lister und Humphrey aus England, Moleschott aus Italien. Von seinen Freunden und Verehrern wurde ihm ein Capital von 56,000 Mark dargebracht, welches auf Donders Wunsch dazu verwendet werden soll, vielversprechenden Zöglingen der niederländischen Universitäten die Mittel zur Fortsetzung ihrer Studien in der Ophthalmologie und Physiologie zu gewähren. — Nachdem Donders bereits vor einiger Zeit seine grosse ärztliche Praxis aufgegeben hat, tritt er jetzt nach Erreichung der durch das Gesetz bestimmten Altersgrenze auch von seinem Lehramte zurück.

— Im Berliner klinischen Institut für Geburtshülfe fand am 28. Mai die feierliche *Enthüllung der Marmorbüste des im vergangenen Jahre verstorbenen grossen Gynäkologen*, Prof. Carl Schröder, in Gegenwart von Vertretern der Regierung, der medic. Facultät, einer Anzahl auswärtiger Professoren, ehemaliger Assistenten Schröder's, vieler Aerzte und der nächsten Anverwandten des Verstorbenen statt. Der Docent Dr. Veit hielt die Gedächtnissrede und übergab alsdann dem Nachfolger Schröder's, Prof. Olshausen, das Denkmal, welcher mit Worten des Dankes dasselbe annahm. Stehe das Bild Schröder's, sagte er, auch denen, die mit und unter ihm gewirkt, unvergesslich vor Augen und bedürfe es für sie keines äusseren Zeichens der Erinnerung, so werde das Denkmal doch ein Sporn sein für die, welche dem heimgegangenen Meister nachzueifern streben und ein letzter Ausdruck der Liebe, die der Entschlafene schon im Leben in reichem und wohlverdientem Maasse gefunden.

— Die französische Regierung hat, wie die «Wien. klin. Wochenschr.» erfährt, Dr. Lajars abdelegirt, um die Sanitätseinrichtungen und das Medicinalwesen in Deutschland, Oesterreich und Russland kennen zu lernen.

— Ein betrübendes Beispiel von uncollegialem Benehmen bietet nachstehender Fall, den, wie die «Russ. Med.» berichtet, der Präsident der Gesellschaft der Aerzte in Nishni-Nowgorod in der Sitzung vom 15. April (mit Weglassung der Namen der Betheiligten) mitgetheilt hat. Der junge Arzt X. (№ 1) wurde zur kranken Frau eines vermögenden Mannes gerufen, stellte die Diagnose auf Krankheit des Herzens und der Gefässe und verordnete ein Infusum Convalariae majalis mit Natrium bromatum. Der Zustand der Kranken besserte sich anfänglich, verschlechterte sich aber nach einiger Zeit wieder, worauf der Arzt № 1 einen älteren Collegen, den Arzt № 2, zur Berathung hinzuzog. Dieser stimmte mit der gestellten Diagnose überein und Beide verordneten von Neuem die frühere Arznei. Der Mann der Patientin berief noch an demselben Abend die Aerzte №№ 3 u. 4 zur Consultation, unterliess es aber, den Arzt № 1 hinzuzuziehen. Diese nannten den Arzt № 1 einen Milchbart (Молокососъ), erlaubten sich den Gebrauch auch noch anderer nicht sehr schmeichelhafter Epitheta und erklärten dem Manne der Kranken, dass der Arzt № 1 die Krankheit seiner Frau gar nicht erkannt habe und überhaupt von der Sache nichts verstehe, verschrieben aber ein Infus von Adonis vernalis mit Natrium bromatum. Als der Arzt № 1 am andern Tage sich bei der Kranken einfand und das am Abend vorher Geschehene erfuhr, zog er einen anderen Arzt, № 5, zur Berathung, welcher die Richtigkeit der Krankheits-Diagnose und der Behandlung, sowie die Identität der Arzneien, welche einerseits von den Aerzten №№ 1 und 2 und andererseits von den Aerzten №№ 3 und 4 verordnet waren, constatirte. Einige Zeit darauf starb die Kranke und der Mann wandte sich an den Arzt № 3 mit der Bitte um Ausstellung eines Todtenscheines. Dieser stellte den Schein dahin aus, dass die Verstorbene am Gebärmutterkrebs gelitten habe und auch daran gestorben sei, that aber der Herzkrankheit mit keiner Silbe Erwähnung. Der Arzt № 1 wandte sich nun an die Nishni-Nowgorodsche ärztliche Gesellschaft mit der Bitte um Untersuchung und Entscheidung dieser Angelegenheit. Die Gesellschaft fasste den Beschluss, dem Arzte № 3 die Entscheidung dieser Sache durch ein Schiedsgericht zur Bedingung zu stellen, falls derselbe aber auf diesen Vorschlag nicht eingehen sollte, die Thatsache der Verleumdung unter voller Namensnennung der Verleumder öffentlich bekannt zu machen.

— In der Universitätsstadt Charkow haben neben der grossen Zahl von Doctoren und Heilanstalten die Curpfuscher eine ausgebreitete und beinahe unbehinderte Praxis. Vor Kurzem starb dort ein Bauer, welcher in der Wohnung eines Curpfuschers einen Heiltrank eingenommen hatte. Bei der Durchsuchung der Wohnung des Curpfuschers fand man in derselben eine Menge schädlicher Mittel. Der Stadtarzt Bellin constatirte auch bei der Section des Leichnams Vergiftung durch Cuprum sulfuricum. (Russ. Med.)

— Hay ist es gelungen ein *Cocaïnsaccharat* (eine Verbindung des Cacaïns mit Saccharin) darzustellen, welches vor dem sehr bitter schmeckenden Cocainum muriat. den Vorzug hat, dass es von angenehmem süssen, fruchtartigen Geschmack ist und daher besonders zu Pinselungen im Munde und Halse sich eignen dürfte. 1 Gramm des in Wasser leicht löslichen Cocaïnsaccharats entspricht in der Wirkung 0,8 Cocain. muriat.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 15. bis 21. Mai 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
368	303	671	112	76	132	22	12	20	63	59	47	40	46	31	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 2, Masern 57, Scharlach 14, Diphtherie 12, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 48, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 10, Alcoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 77, Todtgeborene 26.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	6.—12. Mai	2574	31,2	—	1360	16,6
Paris . . .	2 260 945	6.—12. Mai	1141	26,2	85	1027	23,6
Brüssel . .	181 270	29. April - 5. Mai	92	26,4	1	84	24,1
Stockholm .	221 549	29. April - 5. Mai	123	28,7	3	104	24,4
Kopenhagen	300 000	9.—15. Mai	183	31,7	6	136	23,6
Berlin . . .	1 414 980	6.—12. Mai	845	32,4	31	544	20,0
Wien . . .	800 836	6.—12. Mai	590	38,3	37	515	33,4
Pest . . .	442 787	29. April - 5. Mai	334	39,2	20	273	32,1
Warschau .	444 814	6.—12. Mai	352	38,9	20	217	25,2
Odessa . .	268 000	6.—12. Mai	—	—	4	123	23,7
St. Petersburg	**861 303**	**13.—19. Mai**	**494**	**29,8**	**22**	**699**	**42,2**



XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 23. St. Petersburg, 4. (16.) Juni 1888.

Zur Frage der Keuchhusten-Bacterie.

(Aus Prof. Afanassjew's klinisch-bacteriologischem Laboratorium des klinischen Helenen-Instituts).

Von

Dr. D. G. Ssemtschenko.

(Schluss.)

Das Wachsthum der Keuchhustenbacterie auf der Gallerte hängt von der Temperatur der Luft und von der Anzahl der in's Probirröhrchen verimpften Bacterien ab. Bei 18—20° R. oder bei grösserer, auf die Gallerte übertragener Anzahl Bacterien, geht das Wachsthum rascher vor sich, als z. B. bei 14—15°, oder bei geringerer Quantität Bacterien. Das raschere Wachsthum äussert sich hauptsächlich darin, dass der Belag 3—4 Tage früher, also am 8.—10. Tage (sonst gewöhnlich erst am 11.—14. Tage) den Rand des Probirröhrchens erreicht; bei einer grösseren Menge Bacterien ist der Belag ausserdem noch dicker und weniger durchsichtig. Der weissliche Anflug auf den gezahnten Rändern des Belages erscheint am 5.—6. Tage nach der Impfung.

Auf dem Agar ist über einen Tag nach der Impfung der Belag bemerkbarer als auf der Gallerte. Der Belag auf dem Agar hat die Eigenthümlichkeit, in Gestalt eines runden, grauen, undurchsichtigen Tropfens zu wachsen, welcher in seinem weiteren Wachsthum eine matte, bläuliche Färbung annimmt. In den meisten Fällen hatte der Belag, ausser einer runden Form und gleichmässigen Rändern, noch einen geschichteten Bau, welchen ich wenigstens in $^3/_4$ aller Fälle beobachtet habe; zugleich ist zu bemerken, dass die Ränder weisser werden im Vergleich zur Mitte; den Rand des Probirröhrchens erreicht der Belag am 12.—14. Tage. In Betreff der Frage, ob die Keuchhustenbacterie im Probirröhrchen mit Gallerte oder mit Agar besser wachse, lässt sich nur sagen, dass, nach der Dicke des Belages geurtheilt, das Wachsthum auf dem Agar besser ist — die Stäbchen sind auch grösser, als auf der Gallerte; auf der Oberfläche jedoch ist das Wachsthum auf der Gallerte ein schnelleres. Uebrigens mag Prof. Afanassjew Recht haben, wenn er sagt, dass die Keuchhustenbacterie auf dem Agar dann langsam wächst, wenn der Agar und seine Oberfläche sehr trocken sei. Diese Bemerkung ist auch gleichsam gerechtfertigt durch den Umstand, dass, wenn man die Keuchhustenbacterie auf Agar verimpft, der eine für's Auge sichtbar feuchte Oberfläche hat, der Belag sehr rasch sich auf der ganzen Oberfläche ausbreitet und nicht mehr den deutlich runden, geschichteten Bau aufweist.

Auf der Kartoffel wächst die Keuchhustenbacterie gewöhnlich derartig, dass bei 18—20—21° R. sie schon am folgenden Tage einen grösseren oder kleineren Belag von unbestimmter Farbe (eher weisslich oder gelblich) hat. Derselbe glänzt, ist thauähnlich, blasig; allmälig vergrössert er sich, anfangs hauptsächlich auf der Oberfläche, wird dicker, aber nur wenig. Seine Farbe wird am 3.—4. Tage deutlich gelb, gegen das Ende der ersten Woche dunkelbraun, wobei der Belag merklich dicker wird. Im Tagebuch ist angemerkt, dass von 19 Fällen in 14 der braune Belag am 6. Tage den Rand der Kartoffel erreichte.

Der Belag glänzt, ist feucht und seine Oberfläche ist stellenweise blasig, erscheint von Weitem einförmig. Am 7. Tage ist die Farbe merklich dunkler, als am 5. Tage. Der Zeitpunct der Farbenveränderung, sowie der Ausbreitung bis zum Rande der Kartoffel hängt wesentlich von der auf die Schnittoberfläche der Kartoffel verimpften Menge der Bacterien ab. So ist z. B. am 5. Tage ein hellgelber, feuchter, glänzender Belag bemerkt worden (aus einer Colonie einer Plattencultur, wo folglich verhältnissmässig wenig Bacterien verimpft worden waren). Dagegen erreichte der Belag auf einer Cultur, welche aus einem Probirröhrchen mit Reincultur stammte (wo also eine verhältnissmässig grosse Menge Bacterien verimpft worden war), schon am 6. Tage den Rand und hatte am 5., 6. und 7. Tage bereits eine dunkelbraune Farbe. Es gelang mir, das Wachsthum der Bacterien auf der Kartoffel bis zum 15. Tage zu beobachten; hierbei bemerkte ich, dass die Färbung eine gewisse Grenze erreicht, d. i. eine gesättigte, dunkelbraune Farbe, welche sich die ganze Zeit über nicht veränderte, dafür nahm aber die Dicke beträchtlich zu, besonders an der Peripherie der Kartoffel, wo der Belag gleichsam einen Saum von etwas hellerer Färbung bildet.

Nachdem ich die Keuchhustenbacterie und ihr Wachsthum auf der Gallerte, dem Agar und der Kartoffel beobachtet und mich davon überzeugt hatte, dass die Bacterie,

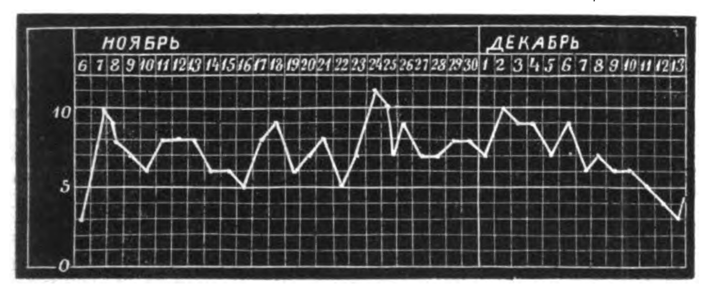
welche ich aus verschiedenen Organen aller 4 Leichen gewonnen hatte, identisch sei mit der Bacterie Prof. Afanassjew's, mit welcher er die Experimente an Thieren gemacht hatte, stellte ich noch einige Plattenculturen her aus dem Auswurf von 5 keuchhustenkranken Kindern. Ich verfuhr auf folgende Weise: vor meinen Augen husteten die Kinder bei den Keuchhustenanfällen Auswurf mit Schleim, Speichel, zuweilen mit Blut, aus.

Der Auswurf wurde in eine reine Glasschale gesammelt, dann in ein reines gläsernes Geschirr umgegossen, das zugedeckt und in's Laboratorium gebracht wurde; hier goss ich ihn auf ein Uhrgläschen aus und nahm nun daraus mit einer reinen (geglühten und abgekühlten) Pincette ein kleines, gelbliches Stückchen Auswurf, mit möglichst wenig Schleim und Speichel, welches ich in ein Probirröhrchen mit verflüssigter Gallerte oder dünnem Agar übertrug. (Letzterer wurde im Abdämpfungsapparat bei ziemlich hoher Temperatur verflüssigt und dann bis 39—40° abgekühlt). Das Stückchen wurde im betreffenden Nährboden sorgfältig geschüttelt und dann die Mischung (1., 2. und 3. Verdünnung) vorsichtig 2—5 Mal in das 2., 3. und 4. Probirröhrchen gegossen. Der Korken aus Watte wurde vor dem Oeffnen des Probirröhrchens ausgebrannt und die Oeffnung des Probirröhrchens vor dem Ausgiessen der Gallerte auf die Platten durch eine Gasflamme gezogen.

Man kann den Auswurf der keuchhustenkranken Kinder seiner Eigenschaft nach in Gruppen eintheilen. In einer Gruppe wurde immer der wirkliche Auswurf ausgehustet und Schleim und geringer Speichel waren beigemengt; in der zweiten herrschte der Schleim vor und es waren nur geringe Quantitäten gelblichgrauer Klumpen und Speichel vorhanden; die dritte Gruppe bestand fast nur aus Speichel mit einem geringen Blutzusatz, bisweilen auch, in Folge des Erbrechens, aus dem Mageninhalt; derartiger Auswurf enthielt nur sehr wenig Auswurf aus den Bronchien. Aus dem Auswurf der ersten Gruppe konnte man immer auf den Platten Reinculturen der Keuchhustenbacterie erhalten; so wenig waren in demselben andere Bacterien vorhanden.

Am 20. November wurde eine Plattencultur aus dem Auswurf eines 6-jährigen Knabe gemacht (1. Fall), der 24 Tage Keuchhusten hatte und 18 Anfälle. (S. Fig. № I).

Fig. № I.

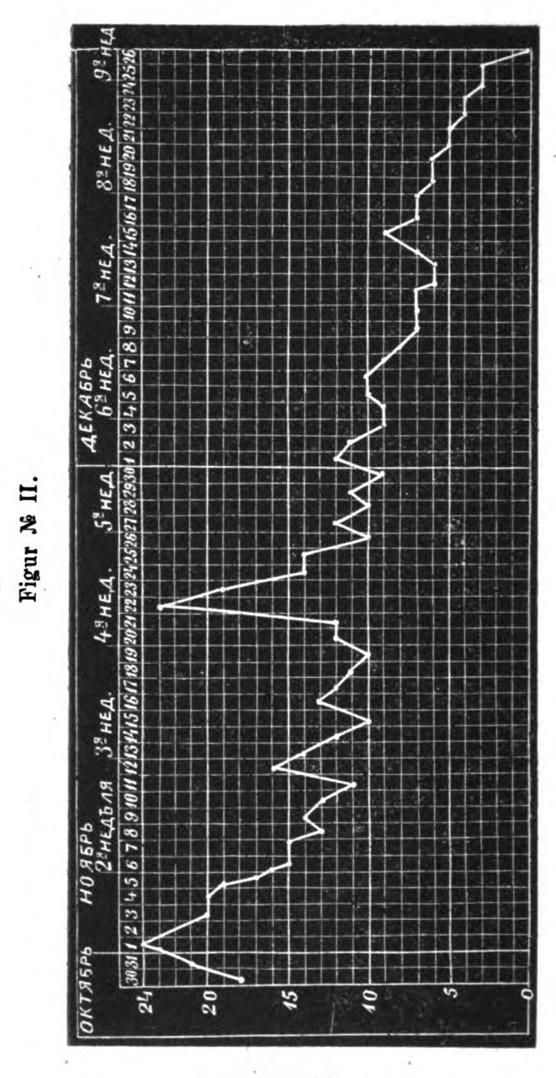


21. November: Auf der Gallerte und dem Agar eine Menge hellgelber und beinahe weisser, deutlich abgegrenzter, aber sehr kleiner und flacher Colonien, mit gleichmässiger Körnigkeit. Die mikroskopischen Präparate ergaben Stäbchen, ähnlich den Keuchhustenbacterien, welche bei den mikroskopischen Präparaten im Auswurf erhalten wurden.

21. November wurde eine Plattencultur aus dem Auswurf eines 11-jährigen Mädchens gemacht, am 10. Tage der Krankheit, bei 8 Anfällen täglich. (2. Fall — s. Fig. II). Es ergaben sich gelbliche oder farblose, flache, kleine, grösstentheils runde Colonien, beinahe Reinculturen.

Die mikroskopischen Präparate zeigten Stäbchen, welche den Stäbchen der Reinculturen und den Stäbchen der Keuchhustenbacterie im Auswurf glichen.

Aus dem Auswurf eines 6-jährigen Knaben (3. Fall — s. Fig. III) wurde am 25. November eine Plattencultur angestellt (bei 21 Anfällen in 24 Stunden, fieberhaftem Zustand und pneumonischem Herd). 29. November: Eine Menge bräunlicher, runder, fein und gleichmässig körniger Keuchhustenbacteriencolonien, mit scharfen Umrissen; die braune Farbe wird zu der Peripherie hin schwächer. Diese Colonien sind von verschiedener Grösse: einige nehmen das ganze oder fast das ganze Gesichtsfeld ($\frac{4}{4}$ Hartnack) ein, andere lassen sich nicht übersehen. Ihre Farbe ist unter dem Mikroskop blassgelb, bräunlich oder dunkelbraun; sie sind rund, kommen aber auch eiförmig vor.



Figur № II.

Fig. № III.



Der Auswurf der zweiten Gruppe zeigte viele Colonien verschiedener Bacterien. Häufig bildeten die Keuchhustenbacteriencolonien kaum $^{1}/_{3}$ der vorhandenen.

Aus dem Auswurf eines 7-jährigen Knaben (4. Fall — s. Fig. IV) wurde am 17. November eine Plattencultur angestellt. Am 19. November erschienen beinahe farblose oder gelbliche, feine, gleichmässig körnige Keuchhustenbacillencolonien mit deutlichen Umrissen. Die runden Colonien nehmen bei $\frac{4}{4}$ Hartnack (Diaphragma 3)

Fig. № IV.

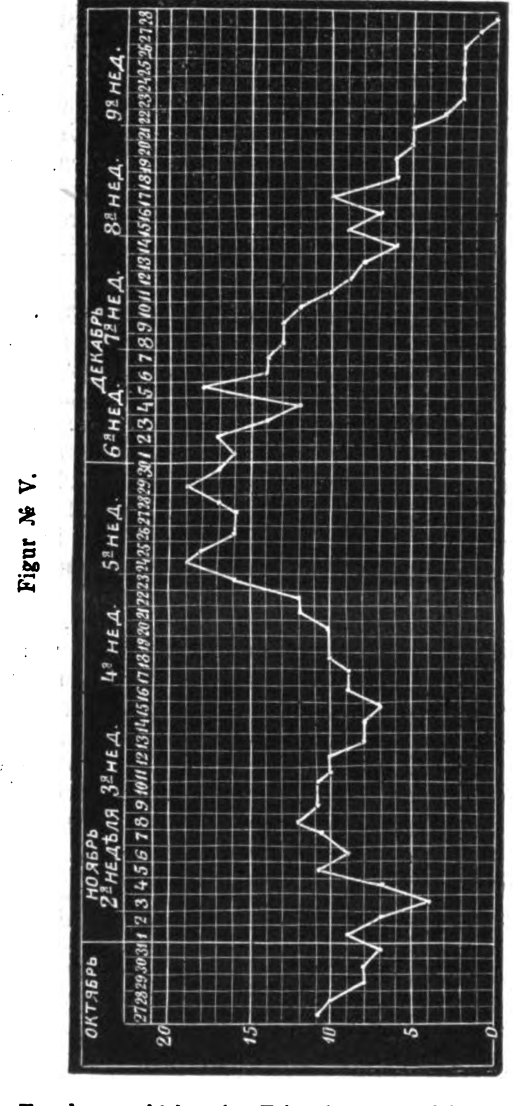


nicht mehr als ¹/₄—¹/₆ des Gesichtsfeldes ein; häufig kommen auch grosse, graue und dunkelbraune Leptothrix-Colonien vor und viele dunkle Colonien, aus einem runden Kokkus bestehend.

Aus dem Auswurf der dritten Gruppe war es noch schwieriger Keuchhustenbacteriencolonien zu erhalten; bisweilen waren auf den Platten beinahe Reinculturen von 1—2—3 verschiedenen Mikroben, unter denen die Keuchhustenbacteriencolonie herauszufinden oft sehr schwierig war.

Ein 6-jähriger Knabe (5. Fall — s. Fig. V), der es nicht versteht den Auswurf auszuhusten. Der Auswurf besteht aus Speichel, Schleim und Blut; dazwischen kommen weissliche und graue Klümpchen vor, welche sich nur schwer zwischen den Deckgläschen zerdrücken lassen. Die mikroskopische Untersuchung ergab bei einigen Präparaten sehr viele Stäbchen, doch gab es auch sehr viele Präparate ohne Stäbchen.

Figur № V.



In der Krankengeschichte ist Erbrechen verzeichnet. Auf der Plattencultur erschienen am 12. November viele Colonien, für das blosse Auge bläulich, von unregelmässiger Form, flach; unter dem Mikroskop (⅖ Hartnack) ist ihre Peripherie beinahe farblos oder grauweiss, das Centrum braun; sie sind deutlich körnig und enthalten sehr grosse, kurze Stäbchen (2 Mal so lang, als breit). Ausserdem waren in den ersten 3 Tagen noch viele Colonien, welche den Keuchhustenbacteriencolonien glichen, zugleich sich aber von ihnen unterschieden: sie waren farblos und rund, wurden schon am 4. Tage dunkelbraun; die Färbung ist im Centrum am stärksten; der Saum ist breit, mit grauem Anflug. Der Gipfel ist kuppelförmig; die grobkörnige Beschaffenheit tritt bei ⅘ Hartnack deutlich hervor; die Peripherie der Colonien, der Saum, ist gleichsam streifig. Im Laufe der Zeit werden diese Colonien dunkelgrau, und wenn die Gallerte austrocknet, gräulich und beinahe farblos. Die mikroskopische Untersuchung erwies einen kleinen Kokkus. Diese Colonien kamen, wie in meinem Tagebuch angemerkt ist, im Auswurf mit reichlichem Speichel vor. In geringerer Zahl kamen grosse Colonien vor, die für das blosse Auge gelblich, unter dem Mikroskop (⅖ Hartnack) dunkel erschienen, in Folge ihrer Dicke mit undeutlicher, körniger Beschaffenheit; die mikroskopische Untersuchung zeigte lange Stäbchen, ähnlich dem Leptothrix. Etwas kleiner, als die letztgenannten, aber bedeutend grösser als alle anderen Colonien, waren graue, sogar dunkelgraue, runde Colonien, welche die Gallerte leicht verflüssigen. Unter dem Mikroskop sind sie dunkelbraun, die körnige Beschaffenheit ist nicht deutlich und sie bestehen aus Stäbchen, welche denjenigen der vorhergehenden Colonien sehr ähnlich sind.

Gleichzeitig mit den Plattenculturen stellte ich auch mikroskopische Untersuchungen des Auswurfes auf Keuchhustenbacterien an; hierbei stimmte, besonders anfangs, die Anzahl der Bacterien bei den mikroskopischen Präparaten und den entsprechenden Plattenculturen nicht immer überein. Bisweilen ergab das Mikroskop die Keuchhustenbacterie, und auf der Plattencultur waren nur Kokkencolonien (Leptothrix) vorhanden; es kam vor, dass Keuchhustenbacterien garnicht vorhanden waren. In der Folge erklärte sich dieser Widerspruch dadurch, dass ich, sowohl zu den mikroskopischen Präparaten, als auch zu den Plattenculturen, nicht immer Stückchen vom Auswurf genommen hatte, sondern oft nur Schleim. Oder, wenn ich zu den Plattenculturen ein Stückchen vom Auswurf genommen zu haben glaubte, erwies sich dasselbe nachher als ein Theilchen vom Mageninhalt (in Folge des Erbrechens). Daher erhielt ich bei der mikroskopischen Untersuchung, wenn auch häufig nach wiederholten Versuchen, doch immer die Keuchhustenbacterie, während ich bei den Plattenculturen nicht immer Erfolg hatte. In der Folge bemühte ich mich, den Auswurf in meinem Beisein zu erhalten, wobei ich schon aus dem Charakter des Hustens schliessen konnte, wie der Auswurf sein würde und worauf ich, beim Heraussuchen der Stückchen Auswurf zu den mikroskopischen Präparaten und den Plattenculturen, besondere Aufmerksamkeit zu verwenden hätte. Darnach wurden die Misserfolge bei den Plattenculturen seltener.

Einige Kinder husteten sehr gut aus — aus der Tiefe der Lungen, aus den Bronchien. Dieser Auswurf enthielt, ausser Schleim und einer geringen Menge Speichel, gelblichgraue Klümpchen von verschiedener Grösse und diese ergaben eben auf den Platten beinahe Reinculturen, häufig sogar auf den mikroskopischen Präparaten Reinculturen, wovon sich, ausser mir, auch Prof. Afanassjew, sein Assistent und die übrigen Aerzte, die Gelegenheit hatten diese Präparate zu sehen, überzeugt haben. Wenn aber Schleim genommen wird, so ergeben weder die mikroskopischen Präparate, noch die angestellten Culturen Reinculturen der Keuchhustenbacterie. Und im Speichel sind eine Menge Stäbchen- und Kokkenbacterien, welche im Munde leben, und — hat Erbrechen stattgefunden — noch Mikroben aus dem Mageninhalt vorhanden. Kinder mit schleimigem Auswurf haben fast immer trockenen Husten und verstehen nicht auszuhusten, worauf mich auch die Aufseherin der Keuchhustenabtheilung aufmerksam machte.

Ich habe auf die Bedingungen hingewiesen, unter denen ich meine Untersuchungen der Keuchhustenbacterien im Auswurf gemacht habe; ich erlaube mir nun, einige Excerpte aus dem Tagebuch anzuführen, um die augenscheinliche Identität der aus den Organen gewonnenen Keuchhustenbacterie mit der aus dem Auswurf erhaltenen noch deutlicher zu veranschaulichen.

Am 20. November wurde eine Plattencultur angestellt, und am 21. November auf dem Agar und der Gallerte eine beinahe vollständige Reincultur der Keuchhustenbacterie erhalten. Die Colonien sind sehr klein, aber von verschiedener Grösse, ¹/₄—¹/₃—¹/₂ eines Stecknadelkopfes; sie sind flach, feinkörnig, glänzend, mit deutlichen Umrissen. Auf der Gallerte sind nur solche von runder Form zu bemerken, auf dem Agar sind aber die grösseren Colonien auch eiförmig vorhanden, sie sind auch hier beinahe farblos, flach, mit deutlichen Umrissen und gleichmässiger, feiner Körnigkeit. 23. November sind die Colonien gelblich; einige von ihnen sind schon von der Grösse eines Stecknadelkopfes und schon dem blossen Auge als sehr kleine, graue Puncte sichtbar. Die Colonien sind etwas erhöht, ihre Umrisse scharf; die körnige Beschaffenheit ist merklich und erscheint feinen Strichen ähnlich, bei denen das eine Ende nach innen, das andere Ende in etwas schräger Richtung nach aussen gekehrt ist. 25. Nov. sind die Colonien grösser als ein Stecknadelkopf; sie sind bräunlich, manche auch von entschieden brauner Farbe. Die Färbung nimmt zur Peripherie hin ab. 27. Nov.: Die Farbe ist noch entschiedener braun, eine Veränderung in der Grösse ist nicht zu bemerken. 29. Nov.: Die Colonien haben sich in Farbe und Grösse

seit d. 27. Nov. nicht verändert; dass einige von ihnen anfangen heller auszusehen, besonders die an der Peripherie gelegenen, hängt wohl mehr von dem allmäligen Austrocknen des Agars und dem noch rascheren Austrocknen der Gallerte ab. Die mikroskopischen Präparate wiesen die Keuchhustenbacterie nach. Von diesen Platten wurde am 25. Nov. mit einer geglühten Platinnadel vom Agar und von der Gallerte je eine Colonie genommen und in Probirröhrchen mit Gallerte und Agar verimpft. Gleichzeitig wurde auch eine Impfung auf eine Kartoffel unternommen. 26. Nov.: Auf der Gallerte sind, entsprechend dem Stich, sehr kleine, graue oder unbestimmt gefärbte Puncte, noch kleiner als ein Stecknadelkopf. 27. Nov.: Der Belag ist nicht kleiner als 3 Stecknadelköpfe; er umgiebt gleichmässig den Stich auf der Gallerte. Seine Farbe ist leicht grau, mit bläulichem Anstrich, er ist durchsichtig, uneben, mit feuchtem Schimmer. 30. Nov.: Der Belag nimmt die Hälfte der Oberfläche der Gallerte ein; seine Ränder sind deutlich gezahnt und weisslich. 2. Dec.: Der Belag wächst merklich auf der Oberfläche; er ist dünn, uneben, durchsichtig; die Ränder sind gezahnt und weisslich. 4. Dec.: Der Belag ist grau, die Ränder gezahnt, weiss; der Belag ist durchsichtig, glänzend, hat die Wände des Probirröhrchens noch nicht erreicht. 6. Dec.: Der Belag reicht stellenweise bis an die Wände des Probirröhrchens; die Gallerte trocknet sichtlich ein; die Oberfläche des Belages ist concav, derselbe ist dünn und durchsichtig, von grauer Farbe, während die Ränder weiss und gezahnt sind. 7. Dec.: Der Belag hat überall die Wände des Probirröhrchens erreicht. Seine Farbe ist grau; die Ränder sind nicht sichtbar, doch sind die an die Wände des Probirröhrchens gelangten Theile weisslich.

26. Nov.: Auf dem Agar ist um den Stich herum ein kleiner, runder, grauer Fleck zu bemerken. 28. Nov.: Der graue Belag, von der Grösse von $1\frac{1}{2}$—2 Stecknadelköpfen, ist merklich erhöht, rund, mit mattem Schimmer. 30. Nov.: Der Belag ist deutlich rund, grau, mit mattem Glanz. 2. Dec.: Der Belag ist grau mit bläulicher Färbung, matt glänzend und deutlich geschichtet; er nimmt nicht mehr als die Hälfte der Oberfläche des Probirröhrchens (dasselbe ist von mittlerer Grösse) ein, ist ziemlich dick, undurchsichtig; die Ränder sind etwas heller als die Mitte. 4. Dec.: Der Belag nimmt $^2/_3$ der Oberfläche ein, ist dick, grau, mit bläulichem Anflug, matt schimmernd u. concentrisch geschichtet; die Ränder sind bedeutend heller und gleichmässig. 6. Dec.: Der Belag hat die Wände des Probirröhrchens noch nicht erreicht, ist jedoch bedeutend dicker, von grauer Farbe, mit mattem Glanze; die Ränder sind regelmässig, weiss. 8. Dec.: Die Ränder des Belages sind stellenweise bis an die Wände des Probirröhrchens gelangt. 10. Dec.: Die Ränder berühren die Umgrenzung und sind beträchtlich weisser als die Mitte; der geschichtete Bau ist deutlich; der Belag ist dick und undurchsichtig. Der Agar trocknet ein, ergiebt aber keine concave Oberfläche, wie dies bei der Gallerte stets der Fall ist. Bisweilen breitet sich der Belag, in Folge der Trockenheit des Agar, kaum im Verlaufe von 3—4 Wochen bis zur Umgrenzung aus; dann ist gleichzeitig sein Zunehmen in der Dicke nicht zu bemerken.

Auf der Kartoffel ist am 26. Nov. ein kaum bemerkbarer, beinahe farbloser Belag an der Impfungsstelle zu sehen. 28. Nov.: Dieser Belag, die Hälfte eines silbernen Fünfkopekenstückes, ist deutlich gelb geworden, feinkörnig, blasig und feucht glänzend. 30. Nov.: Der Belag ist so gross wie ein silbernes Fünfkopekenstück, gelb, mit bräunlichem Anflug, glänzend, in der Nähe besehen, blasig und erhebt sich merklich über die Oberfläche. 2. Dec.: Der Belag ist bräunlich, wächst schnell und merklich nach allen Seiten hin, indem er $^2/_3$ der Oberfläche einnimmt. Er ist feucht glänzend, blasig und wird dicker. 4. Dec.: Das Wachsthum ist ziemlich schnell; der Belag nähert sich der Peripherie; seine Farbe ist bräunlich, er ist merklich dicker und körnig. 6. Dec.: Hat den Rand der Kartoffel erreicht; die Ränder werden sichtlich dicker. 8. Dec.: Die Ränder des Belages werden heller und dicker. — In Folge von Verunreinigung wurde die Kartoffel verworfen.

Nachdem ich Reinculturen der Keuchhustenbacterie aus dem Auswurf erhalten und ihr Wachsthum auf der Gallerte, dem Agar und der Kartoffel beobachtet hatte, ging ich zur Lösung der Frage über, die sich unwillkürlich aufdrängte: kommt diese Bacterie nicht vielleicht auch bei anderen Krankheiten vor? Zu dem Zweck untersuchte ich mikroskopisch und durch Plattenculturen den Auswurf bei Pneumonia crouposa, Asthma bronchiale, Bronchitis, Pneumonia catarrhalis und Tuberculosis. In den erhaltenen Präparaten erwiesen sich sehr viele Kokken und Diplokokken; es kamen Kokken in Form einer Kette zu 5—6 Stück vor und eiförmige Kokken mit deutlichem Saum. Bei Vergleichung der mikroskopischen Präparate der Kokken aus pneumonischem Auswurf mit den Präparaten der Kokken bei Pneumonia crouposa, welche Prof. Afanassjew in seinen Vorlesungen zeigte, erwies sich völlige Identität. Die Untersuchung vermittelst der Plattenculturen ergaben den Pneumokokkus Fraenkel's. Im Auswurf bei bronchialem Asthma fanden sich viele grosse, eiförmige Kokken und ausserdem sehr viele Stäbchen, sehr ähnlich den Stäbchen aus den grossen, gelblichen Colonien, die häufig bei den Plattenculturen des Auswurfes keuchhustenkranker Kinder vorkamen. In der That ergaben die Plattenculturen diese selben Colonien und noch sehr viele kleine, beinahe farblose, runde, fast flache Colonien, welche im Verlaufe einer Woche ohne wesentliche Veränderung blieben und runde, kleine Kokken enthielten. Bei Pneumonia catarrhalis, Bronchitis und Tuberculosis enthielt der Auswurf nur wenig Stäbchen, aber dieselben in kleinen Haufen; sie glichen mehr eiförmigen Kokken und stellten sich häufig als zu zweien verbunden dar, wobei ihre Enden keulenförmig verdickt, in der Mitte eingekeilt waren (wie die Keule des Mörsers).

Wenn man näher hinsah, erkannte man wohl, dass es wirklich Kokken waren, die der Länge nach zu zwei verbunden sind, — einzelne eiförmige Kokken mit deutlichen Umrissen; bei einer bestimmten Wendung der Stellschraube wird ein Ende des Kokkus dicker. Die Colonien waren grösstentheils grau, doppelt so gross wie die Keuchhustenbacteriencolonien: auf der Gallerte zerfielen sie häufig sehr bald. Damit ist, sowohl durch mikroskopische Untersuchung des Auswurfes, als auch durch Plattenculturen, bewiesen, dass die Keuchhustenbacterie bei obengenannten Krankheiten nicht vorkommt. Plattenculturen wurden wiederholt angestellt, und dennoch fand sich kein einziges Mal eine Keuchhustenbacteriencolonie.

Weiter erscheint natürlicher Weise die Frage, wie die Keuchhustenbacterie sich zu den verschiedenen antiseptischen Mitteln verhält? Wegen der Kürze der Zeit konnte ich in dieser Beziehung nur vier Mittel kennen lernen: Sublimat, Resorcin, Chinin und Carbolsäure. Ich nahm mehrere Probirröhrchen, zu je 10 Ccm. Gallerte und fügte in jede eine bestimmte Menge des betreffenden Mittels; dann sterilisirte ich diese Mischung 3 Tage, 1 Stunde täglich. Darauf, nach dem 4. Tage, machte ich in die abgekühlte Gallerte einen Stich mit einer Nadel und verimpfte die Keuchhustenbacterie. Während eines Monats beobachtete ich diese Probirröhrchen. Es erwies sich, dass Sublimat in einer Lösung von 1 : 6000, Resorcin von 1 : 1200, Carbolsäure von 1 : 1200 und salzsaures Chinin von 1 : 800 nicht nur das Wachsthum der Keuchhustenbacterie verhinderten, sondern sie sogar ertödteten; Plattenculturen aus den mit diesen Mitteln inficirten Probirröhrchen ergaben nicht ein einziges Mal Keuchhustenbacteriencolonien. Es waren minimale Quantitäten, die ich angewandt hatte und kann ich daher nicht sagen, welche Quantität hier genügt, um die Keuchhustenbacterie zu ertödten.

Ueberzeugt davon, dass die von Prof. Afanassjew aus dem Auswurf erhaltene Bacterie eine specifische ist, beschäftigte ich mich nun mit der Frage, *wie* bald diese Bacterie bei dem erkrankten Kinde auftritt und wann dieselbe wieder verschwindet? Behufs Feststellung dieses Punctes war es nothwendig, den Auswurf womöglich gleich vom Beginn der Erkrankung des Kindes an, bis zum Ende derselben, zu untersuchen. Von den vielen Kindern, die sich in der Keuchhustenabtheilung des Oldenburger Hospitals befanden, suchte ich einige aus, welche im Hospital erkrankt waren und bei denen, Dank der musterhaften Aufsicht im Hospital, der Zeitpunct der ersten Hustenanfälle genau bemerkt wurde. Dennoch gelang es mir nicht, auch nur in einem einzigen Falle, die Untersuchung auf die Keuchhustenbacterie vom 1. Tage der Erkrankung an zu beginnen. Ich fing die Untersuchung des Auswurfes erst am 4.—5.—7. Tage nach dem Auftreten der Hustenanfälle an. In allen diesen Fällen fand ich Keuchhustenstäbchen, sowohl durch Plattenculturen, als auch durch mikroskopische Untersuchung. In allen 3 Fällen entdeckte ich leicht die Stäbchen im Auswurf, welche im Präparate wie verstreut waren.

In den eben erwähnten 3 Fällen, sowie bei 2, wo die Kinder schon *mit* Keuchhusten in's Hospital aufgenommen worden waren, beobachtete ich das Vorhandensein der Keuchhustenbacterie im Auswurf während der ganzen Krankheits-

zeit. Der Kürze wegen will ich nur 2 Fälle mittheilen, da ich bei den übrigen dieselben Resultate erhielt.

I. A. erkrankte am 29. Oct. Die erste Untersuchung des Auswurfes am 4. Oct.: Die Stäbchen sind in geringer Zahl im Präparat verstreut. 7. Nov.: Stäbchen sind vorhanden, aber nur wenig; hier und da Haufen. 10. Nov.: Stäbchen recht zahlreich; Haufen, aus 5—10 Stäbchen bestehend, kommen häufiger vor. 13. Nov.: Haufen zahlreich. 16. Nov.: Lose verstreute Stäbchen und ziemlich viel Haufen. 19. Nov.: Viele Stäbchen; dieselben leicht zu bemerken; zahlreiche Haufen. 22. Nov.: Die Haufen sind zahlreich in jedem Präparat. 25. Nov.: Haufen zahlreich. 28. Nov.: Die Stäbchen verstreut, bisweilen auch haufenweise. 31. Nov.: Die Stäbchen zahlreich verstreut, dazwischen Haufen. 4. Dec.: Die Stäbchen undicht verstreut, wenige Haufen. 7. Dec.: Stäbchen verstreut, hier und da Haufen. 11. Dec.: Wenige Stäbchen und fast gar keine Haufen. 14. Dec.: Stäbchen sind sehr schwer zu finden. Auf den Platten (drei) wurden gar keine Keuchhustenbacterien-, sondern nur sehr viele dunkelgraue Kokkencolonien erhalten. 16. Dec.: Weder auf den Plattenculturen, noch in den mikroskopischen Präparaten Keuchhustenbacteriencolonien zu finden. 18. und 20. Dec. dasselbe negative Resultat.

II. Ein Knabe von 6 Jahren. Husten trat am 8. Nov. auf. Der Auswurf zuerst am 11. Nov., also am 4. Tage, untersucht; Stäbchen wurden gefunden, aber sehr wenige. Auf den Platten wurden Keuchhustenbacteriencolonien erhalten. 13. Nov.: Stäbchen sind vorhanden. 16. Nov.: Stäbchen bedeutend zahlreicher. 20. Nov.: Eine grosse Menge Stäbchen; beinahe Reincultur. (In der einen Lunge pneumonischer Herd). 24. Nov.: Eine Menge Stäbchen. Auf den Platten (23. Nov.) viele Keuchhustenbacteriencolonien. 27. Nov.: Viele Stäbchen, viele Haufen, letztere jedoch, nach Prof. Afanassjew's Worten, weniger zahlreich, als an den vorhergehenden Tagen. 29. Nov.: Viele Stäbchen, oft haufenweise. 1. Dec.: Stäbchen etwas weniger zahlreich. 4. Dec.: Stäbchen verhältnissmässig wenig. 8. Dec.: Wenig Stäbchen, doch sind noch Haufen vorhanden. 14. Dec.: Sehr wenig Stäbchen. 17. Dec.: Viele Kokken von verschiedener Grösse; Keuchhustenstäbchen wenig; Haufen fast gar nicht; Stäbchen schwer zu finden, was früher nicht der Fall gewesen. 20. Dec.: Die Stäbchen sind schwer zu finden; ebenso sind auf den Platten schwer und nicht immer Keuchhustenbacteriencolonien zu finden: beinahe Reinculturen von Kokken, welche dunkelgraue Colonien bilden. 26. Dec.: Auf den Platten werden keine Keuchhustenbacteriencolonien erhalten; die mikroskopischen Präparate aus dem Auswurf ergaben ebenfalls keine Stäbchen. 28. Dec.: In den Präparaten aus dem Auswurf dasselbe negative Resultat.

Zur deutlicheren Vorstellung derjenigen Fälle, mit denen ich es bei der Untersuchung des Auswurfes zu thun hatte, halte ich es für nothwendig, auch die kurzen Notizen aus den Krankenbögen anzuführen.

I. Antonina, 10 Jahre. 6. Nov.: von mittelmässiger Ernährung, blutarm; verbreiteter Bronchialcatarrh; beinahe in der ganzen Brust trockenes und feuchtes Rasseln; Dämpfung nicht vorhanden; charakteristischer Keuchhusten; während 24 Stunden 3 Anfälle von mittlerer Stärke, aber mit Erbrechen; keinerlei Complicationen. 7. Dec.: 4 Uhr Ab. 37,7°; 9 Uhr Ab. 38°; 8. Dec.: 4 Uhr Ab. 37,8°; 9 Uhr Ab. 37,7°; 9. Dec.: Abends: 37,9°; weiterhin ist die Temperatur normal. 4. Nov.: Der Husten ist recht stark und häufig, 9 Mal in 24 Stunden; bisweilen mit Erbrechen. 5. Nov.: Einmal Erbrechen. Ziehen beim Husten. 7. Nov.: 2 Mal Erbrechen; starker Husten; Ziehen. 8. Dec.: Der Husten wird stärker, 9 Anfälle täglich; ein Mal Erbrechen. 12. Nov.: Ein Mal Erbrechen. 13. Nov.: 2 Mal Erbrechen. 18. Nov.: 1 Mal Erbrechen. 20. Nov.: Dasselbe. 28. Nov.: 1 Mal Erbrechen. 30. Nov.: Husten und Ziehen nicht stark. Vom 1. Dec. waren keine Anfälle mehr. Die Zahl der Anfälle des gewöhnlichen catarrhalischen Hustens war während der Krankheitszeit 1—7 in 24 Stunden.

II. Alexei B., 11 Jahre. 30. Oct: Gute Constitution und Ernährung; charakteristischer Husten; Keuchhustenanfälle bis zu 21 in 24 Stunden, Erbrechen selten; das Zungenbändchen ist normal; die Schleimhaut des Mundes und Rachens ist normal; schweres Athmen und verschiedene Rasselgeräusche in beiden Lungen, hauptsächlich im oberen Lappen der linken und unteren der rechten Lunge; keinerlei sonstige Complicationen. 23. Nov.: Heftiger Husten; fieberhafter Zustand; feuchtes und trockenes Rasseln; im linken oberen Lappen und in der Spitze der rechten Lunge bronchiale Exspiration; allgemeiner Zustand gut. 9. Nov.: bis 38°; 18. Nov.: bis 37,8°; 21. Nov.: bis 39°; 22. bis 39°; 23. bis 38,1°; 25. bis 31,5°.

III. Wassili, 7 Jahre. 18. Oct.: wurde aufgenommen mit Stomatitis ulcerosa; mittelmässige Ernährung und Constitution. Im rechten Mundwinkel eine kleine Schramme, bedeckt mit einer Kruste; die rechte Wange etwas geschwollen, schmerzhaft bei Berührung; die Zähne schmutzig; viele cariös; rechts, auf der Schleimhaut der Wange, bei den Backenzähnen, ein grauer Belag; das Oeffnen des Mundes ist schmerzhaft; Foetor ex ore; der Hals ist rein; die Drüsen sind angeschwollen, aber nicht schmerzhaft; in der Brust und im Magen nichts Anormales. 20. Oct.: 40°; vom 22. Oct. bis zum 11. Dec.: 38,0°; 12. Dec.: 39,5°; 13. bis 19. Dec.: 39,1°; 22. Dec. normal. 5. Dec.: Keuchhusten. 7. Dec.: Deutlicher Keuchhusten mit Ziehen, 9 Anfälle in 24 Stunden. 19. Dec.: Fieberhafter Zustand (39,1°), im unteren Lappen der linken Lunge feuchte, crepitir. Rasselgeräusche. 20. Dec.: Der Catarrh in beiden Lungen ist sehr verbreitet; im unteren Lappen der linken Lunge crepitirende Rasselgeräusche. (Gewöhnlicher loser, catarrhalischer Husten trat am 1. Dec. auf; 8. Dec. wurde der Knabe in die Keuchhustenabtheilung übergeführt).

IV. Nicolai O., 6 Jahre, trat in's Hospital ein am 6. Oct. Mittelmässige Constitution, schlecht genährt; die Haut ist welk, gelblich, fest; die Muskeln schwach. Auf dem Rücken ist eine Narbe nach einem Furunkel. Der Brustkasten trägt die Spuren der englischen Krankheit. Schweres Athmen; kein Husten. Auf Grund noch anderer Facta als Polyomyelitis anterior erkannt. 2. Nov.: 37,9°—39,5°—39,2°; Husten. 4. Nov.: 38,4°; — 39,8°; starker Husten. 5. Nov.: 38°—39,8°—37,8°; recht starker Husten. 6. Nov.: Husten häufiger; 37,8°—38,5°. 7. Nov.: 37,3°—38,3°; Husten häufiger. 8. Nov.: 38°—38,1°—39,4°; häufiger und starker Husten. Vom 11. bis 17. ist die Temp. normal. 12. Nov.: Hustete oft, keuchhustenartig, aber ohne Ziehen. 13. Nov.: Hustete ebenso oft und stark, ohne Auswurf. 15. Nov.: Husten immer noch ebenso; um 12 Uhr Erbrechen. 16. Nov.: Hustete, aber ohne Ziehen. 17. Nov.: Erbrechen, hustete stark, mit Ziehen. 23. Nov.: Starker Husten und Ziehen. 25. Nov.: Sehr starkes Ziehen. 28. Nov.: Husten und Ziehen noch heftiger. 30. Nov.: Starker Husten, der Auswurf spärlich und mit Blut. 1. Dec.: Zieht sehr stark. 5. Dec.: Starker Husten, wenig Auswurf. 6. Dec.: Starker Husten, sehr starkes Ziehen. 7. Dec.: Das Ziehen etwas schwächer. 10. Dec.: Sehr starker Husten; ebenso das Ziehen; 1 Mal Erbrechen. 13. Dec.: 1 Mal Erbrechen. 14. Dec.: 37,8°; 15. Dec.: Hustet und zieht stark; der Auswurf mit Blut. 16. Dec.: Husten wird stärker. 18. Dec.: Hustet schwächer. 20. Dec.: Zieht weniger. 26. Dec.: 1 Mal Erbrechen. 28. Dec.: 37,8°. 29. Dec.: 38,1°. 30. Dec.: 37,6°.

V. Ein Knabe, 6 Jahre alt, wurde in's Hospital am 2. October mit Prurigo aufgenommen; mittelmässige Constitution, schlecht genährt; am ganzen Körper, auf dem Gesicht, besonders auf der Stirn, viele Knötchen von der Grösse eines Stecknadelkopfes, die kleine Erhöhungen auf der Haut bilden. 8. Oct.: Nachts häufiger Husten mit rauhem Beiklang. 9. Oct.: Hustete Nachts recht oft. 11. Octob.: Stäbchen in geringer Menge; hustete selten; Kopfweh; 37,9°—38,1°. 13. Oct.: Häufiger Husten. 15. Oct.: Husten seltener, mit Expectoration. 16. Oct.: Hustet häufiger. 19. Oct.: Trockener Husten mit nervösem Charakter bis 24. Oct. 25. Oct.: Husten mit Ziehen. 26. Oct.: In die Keuchhustenabtheilung übergeführt; Husten mit Ziehen und Auswurf. 27. Oct.: Tussis convulsiva. 29. Oct.: 1 Mal Erbrechen, Husten mit Ziehen. 4. Nov.: 2 Mal Erbrechen. 6. Nov.: 2 Mal Erbrechen. 10. Nov.: 2 Mal Erbrechen; die Hustenanfälle sind stärker. 23. Nov.: 4 Mal Erbrechen; 39,1°; im mittleren Lappen der rechten Lunge Bronchopneumonie; kleiner Herd; bronchiales Athmen und crepit. Rasselgeräusche. 24. Nov.: Dämpfung im mittleren Lappen der linken Lunge, vorn und in der Seite; in der ganzen linken Lunge feuchtes Rasseln; 39°. Im Auswurf 14., 20. und 23. Nov. eine Menge von Keuchhustenbacterien. 30. Nov.: Hustet noch stark, zieht. Im Verlauf des November beinahe täglich Erbrechen, 1 Mal bis 4 Mal täglich. 6. Dec.: Das Ziehen ist schwächer. 12. Dec.: Ziehen viel schwächer. 17. Dec.: Ziehen noch schwächer.

Auf Grund der Krankengeschichten der keuchhustenkranken Kinder des Oldenburger Hospitals, sowie auch meiner eigenen Erfahrungen im Waisenhaus (Kasan) und in meiner Privatpraxis, habe ich mich davon überzeugt, dass die Ansicht Steffen's über die Abwesenheit von Fieber während des Stadium convuls., sowie über das Zurücktreten der Keuchhustenanfälle bei Complication mit Bronchitis capill. oder Bronchopneumonie, wenn auch nicht ganz irrig ist, so doch einer Einschränkung unterliegt. Es ist schon in den hier angeführten Krankengeschichten bemerkenswerth, dass alle Kranken erhöhte Temperatur hatten; bei № I war dieselbe unbedeutend gestiegen und dauerte nur 3 Tage; bei den übrigen hielt sie aber mehrere Tage an (bei entsprechender Behandlung 38—39°) und in den Krankenbögen sind keinerlei besondere Krankheitserscheinungen vermerkt, welche diese erhöhte Temperatur erklären könnten.

Noch unbegründeter erscheint die zweite Behauptung Steffen's über das Zurücktreten der Hustenanfälle bei Complication mit Bronchitis capill. und Bronchopneumonie. Die Krankengeschichte № V. zeigt das Gegentheil. Während der Pneumonie war die ganze Zeit über die Zahl der Anfälle 16—19; in der Periode ohne Pneumonie 10 und geringer.

Nach allem oben von der Keuchhustenbacterie Gesagten, scheint es mir, dass auch die Behauptung Steffen's über die Gasförmigkeit des Keuchhusteninfectionsstoffes, wie auch die Theorie Oppolzer's und Löschner's, dass der

Auswurf sich in den Bronchien und Lungenbläschen zersetzt, dadurch bei den Kranken die Keuchhustenanfälle hervorruft und auch die Gesunden anzustecken vermag, — der Begründung entbehrt [1]).

Die Schlüsse, zu denen ich durch meine Untersuchungen gekommen bin, sind folgende:

1) Die Bacterie Prof. Afanassjew's ist eine specifische.

2) Sie findet sich im Auswurf vom 4. Tage der Erkrankung an, möglicherweise noch früher.

3) Sie vermehrt sich allmälig im Organismus; dem entsprechend verschlimmert sich die Krankheit.

4) Die Keuchhustenbacterie verschwindet vor dem gänzlichen Aufhören der Hustenanfälle (bei 4—2 Anfällen in 24 Stunden).

5) Eine Complication beim Keuchhusten, z. B. eine catarrhalische Lungenentzündung, wird von einer sehr grossen Vermehrung der Keuchhustenbacterien im Auswurf begleitet.

6) Die Pneumonie bei Keuchhusten ist verschieden von den uns bisher bekannten Formen von Pneumonie.

7) Die Keuchhustenbacterie hat Bedeutung nicht nur für die Aetiologie, die Diagnose, sondern auch für die Prognose.

Zum Schluss statte ich meinen Dank den hochverehrten DDr. K. A. Rauchfuss und W. N. Reitz ab, für die Erlaubniss, das klinische und pathologisch-anatomische Material der von ihnen verwalteten Hospitäler benutzen zu dürfen.

[1]) Dagegen haben die Ansichten Canstatt's und Lebert's u. A. mehr für sich: dass nämlich der Keuchhusten von einer allgemein mycotischen Erkrankung ausgeht und dass die Hustenanfälle von einer Infection speciell der Athmungsorgane zeugen. Prof. Afanassjew's und meine Untersuchungen geben genügenden Grund zu der Ansicht, dass der Infectionsstoff des Keuchhustens eine besondere, specifische Bacterie ist.

Referate.

G. Sandmann: Beiträge zur Aetiologie des Volumen pulmonum acutum und des asthmatischen Anfalls. (Berl. kl. W. № 2).

Verf. hat Beobachtungen angestellt, aus welchen hervorgeht, dass beim Zustandekommen des Volumen pulm. acutum eine bis jetzt viel zu wenig beachtete Rolle die Verengerungen der Nase spielen. Denn ist bei solchen die Athmung schon am Tage, wo der Kranke mit offenem Munde athmen kann, bedeutend erschwert, so muss sie es erst recht bei Nacht sein, wo der Unterkiefer durch den Luftdruck am Oberkiefer fixirt ist, die Zunge dem harten Gaumen luftdicht anliegt und zwischen den Lippen und Zähnen sich Saugräume bilden. Als functionelle Resultate der behinderten Nasenathmung hören wir die bekannten Geräusche und sehen das Spiel der auxiliären Respirationsmuskeln; als anatomische, falls die Stenose seit der Kindheit besteht, eine übermässige Wölbung des harten Gaumens und eine eigenthümliche Deformation des Thorax, wobei dessen obere Theile sich vorwölben, die unteren aber eingedrückt erscheinen. Verf. hat auch die nasalen Athemreflexe einer Revision unterzogen und gefunden, dass der Mensch zwei solche hat, nämlich die vorderen und hinteren Enden der mittleren und unteren Muscheln und die gegenüberliegenden Partien des Septum, wodurch auch einige Misserfolge des Hock'schen Verfahrens erklärt werden. Kn.

Behrend: Das Anthrarobin. Ein neues Heilmittel bei Hautkrankheiten. (Therap. Monatsh. 3).

Das von Prof. C. Liebermann dargestellte Anthrarobin steht in Bezug auf seine chemische Zusammensetzung dem Chrysarobin sehr nahe, ist ein Pulver von gelblich-weisser Farbe, etwas grobkörnig, das sich, mit Oel angerieben, mit Schweinefett und Lanolin zur Salbe verarbeiten lässt. Es löst sich in 10 Th. Glycerin bei etwa 100° C. sowie in 10 Th. kalten und 5 kochenden Alcohols mit dunkelbrauner Farbe auf; in ähnlichen Verhältnissen auch in wässeriger Boraxlösung; in reinem Wasser nur in Spuren. B. benutzte das Mittel theils in 1) 10—20% *Salbe* (Anthrarobin 10,0, Ol. Olivar. 30,0, Lanolini 60,0, M. f. ung. 10% Salbe. — Anthrarobini 20,0, Ol. Olivar., Lanolini aa 40,0 M. f. ung. 20% Salbe. — Anthrarobini 10,0, Olei Olivar. 15,0, Axung. porci 75,0, M. f. ung. 10% Salbe. — Anthrarobini, Ol. Olivar aa 20,0, Axung. porci 60,0 M. f. ung. 20% Salbe. 2) 10% und 20% *Tinctur*: Rp. Anthrarobini 10,0, Alcohol 90,0 M. — Rp. Anthrarobini 20,0, Alcohol 80,0 ebulliendo solve. M. 3) 10% Glycerinlösung. Die Lösung des Anthrarobins in Boraxlösung hat B. wenig angewandt und beschränken sich seine Erfahrungen auf die Salben und die Tincturen. Beide Präparate wurden selbst bei wochenlanger Anwendung gut vertragen und setzten selbst an den Augenlidern keine Reizerscheinungen. Im Allgemeinen wirkt das Mittel schwächer als Chrysarobin, stärker aber als Pyrogallussäure. Die Wirkung wird durch Voranschickung von Einreibungen mit Schmierseife oder Spiritus saponatus kalinus, wobei die Haut sich braun färbt und das Anthrarobin in ein Oxydationsproduct übergeht, erhöht; die Wirkung des Mittels scheint, ebenso wie die des Chrysarobins durch Oxydation zur Geltung zu kommen. Behandelt wurden 15 Fälle von Psoriasis (12 Heilungen, 3 Besserungen), 17 Fälle von Herpes tonsurans (alle geheilt), 2 Fälle von Eczema marginatum Hebra (Erythrasma, Bärensprung) geheilt. Hz.

Barié: Die Behandlung des Icterus catarrhalis mit Kaltwasserklystieren. (Rev. de clin. et thérap. 1888 № 1).

Krüll (Berl. klin. Woch. 1877, pag. 159) war der erste, welcher diese Methode empfahl. Dabei werden bei festgestelltem catarrhalischem Icterus mittelst eines einfachen Irrigators 1—2 Liter 12° R. kalten Wassers in's Rectum langsam injicirt. Die Injection wird 1 Mal in 24 Stunden ausgeführt; die späteren Eingiessungen werden um 3° wärmer gemacht. Verf. berichtet, nachdem er die einschlägige Literatur besprochen (cf. unten) über 6 weitere Fälle, in welchen er diese Methode mit sehr gutem Erfolge gebraucht hatte. Sehr bald (nach Krüll am 2, nach Barié erst am 6.—8. Tage) nehmen die graulichen Fäces ihre gewöhnliche braune Farbe an und verschwindet die Gallenfarbstoffreaction (NO_3) im Harn. Die Nebenerscheinungen, das Hautjucken und die Xanthopsie verschwinden sehr bald und treten Polyurie und Verminderung des Lebervolums, wenn auch selten auf. Die Polyurie soll nach Müller (Zeitschr. f. klin. Med. 1887), Chauffard und Bouchard durch starke Ausfuhr von Harnstoff, nachdem dieselbe in Folge mangelhafter Gallenausscheidung sich stark verringert hatte, bedingt werden, da dieselbe viel Wasser mit abscheidet. B. empfiehlt warm diese unschädliche und leicht auszuführende Methode.

Literatur: Löwenthal: 1886, Berlin. Klin. Wochenschr. p. 139. Kraus: Arch. f. Kinderheilk. 1886 p. 1. Eichhorst: Spec. Path. u. Ther. I p. 971. Bouchard: Les autoinfections dans les maladies 1887. p. 137. Chauffard: Rev. de Médec. 1887. p. 705.
Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

C. Langenbuch: Die Sectio alta subpubica. Eine anatomisch-chirurgische Studie. Nebst einer Vorbemerkung von Dr. W. Waldeyer. Berlin 1888. Verlag von A. Hirschwald. 4 Holzschnitte. 52 Seiten 8°.

Ursprünglich nur in dem Bestreben, an dem tiefsten Punct der Blase eine Gegenöffnung für den Abfluss des Harnes nach Sectio alta anzulegen und so diese von ihrem Hauptnachtheil gegenüber dem Perinäalschnitt zu entlasten, gelangte Verf. durch Leichenversuche zu der Ausbildung einer ganz neuen Methode des Blasenschnittes, sei es zum Zwecke der Steinextraction, sei es behufs beliebiger chirurgischer Eingriffe an der Blase selbst. Dieselbe besteht im Wesentlichen in einer sauberen Ablösung des Diaphragma pelvis von dem Schambogen mit nachfolgender unblutiger Dilatation des gewonnenen Wundspaltes und Eröffnung der Blase an ihrer tiefst gelegenen Partie unmittelbar über dem Orificium intern. urethrae. Nach Beendigung der Operation stösst man dann dicht vor der Blasenwunde über der Urethra eine Drainöffnung nach dem Damm hindurch und führt durch dieselbe ein in gewöhnlicher Weise gefenstertes Drain in das Blasenlumen. Ein zweites dicht gefenstertes Drain wird durch einen Winkel der im Uebrigen zu vernähenden Wunde ebenfalls in die Blase geführt und dient als Zuflussrohr für etwaige Blasenausspülungen. Beide Drains sind etwa kleinfingerdick und möglichst starrwandig zu wählen und dürfen durch die Wundränder in keiner Weise geklemmt werden. Wie Waldeyer bezeugt, stellt es sich bei der anatomischen Untersuchung einer injicirten Leiche, welche Verf. in der angegebenen Weise operirt hatte, heraus, dass dabei weder die Vasa dorsalia penis, noch dessen Schwellkörper, sowie die in Betracht kommenden Nerven im Mindesten verletzt worden waren. Sollte indess doch einmal eine Verletzung der eigentlich allein gefährdeten Vena dorsalis penis vorkommen, so würde dies, wie Verf. auf Grund physiologischer Lehrmeinungen und klinischer Erfahrungen nachweist, einen functionellen Schaden nicht verursachen. Immerhin ist aber die Operation bisher am Lebenden noch nicht ausgeführt worden und die derselben vom Verfasser vindicirten Vorzüge daher bis jetzt nur theoretische. Diese wären:

1) Die Gewinnung eines für die meisten Fälle von Steinbildung genügend weiten Zuganges zur Blase, um die Concremente zu extrahiren, sie event. zuvor zertrümmern und bis auf das letzte Fragment entfernen zu können; ferner die unmittelbarste Freilegung des Trigonum Lieutaudii, eines Hauptfundortes der Blasengeschwülste, sowie auch der hypertrophirten Prostata. (Wie uns scheint, liegt grade in diesem letzteren Puncte der hauptsächlichste, ja vielleicht einzige Vortheil der neuen Methode; denn für den Abfluss des Harnes lässt sich auch nach Sectio alta durch Bauchlage des Patienten in ganz befriedigender Weise sorgen. Ref.)

2) Hierbei die Vermeidung von Verletzung delicater Gewebsarten oder Organe, wie von Gefässen, Nerven, Schwellkörpern der Urethra, der dem Mictions- und Erectionsacte dienenden Muskeln, der Prostata, der Samenwege, des Mastdarms und des Peritonäums.

3) Die Erzielung einer allen (*theoretischen* Ref.) Ansprüchen ge-

nügenden permanenten Ableitung des Urins vom tiefsten Puncte der Blase aus, sowie einer ausgiebigen Drainage zur Verhütung eitriger Zellgewebsinfiltrationen.

4) Die Vermeidung der so unzuverlässigen Blasennath mit allen ihren, selbst die Lebensgefahr bedingenden Wechselfällen.

5) Die Umgehung der Anwendung des permanenten Katheters und der mit ihr verknüpften heftigen Urethralreizung, wie auch des regelmässig zu wiederholenden Katheterismus.

6) Die Möglichkeit einer Primärheilung der Wunde. G.

Vermischtes.

— Am 27. Mai gelangte im Cassationsdepartement des dirigirenden Senats für Criminalsachen die *Appellationsklage* des Dr. E. Dreypölcher gegen das vom hiesigen Bezirksgericht in seinem Process gefällte Urtheil zur Verhandlung. Nach Anhörung der Vertheidigungsrede des Rechtsanwalts Gerhard und der Meinung des Gehülfen des Oberprocureurs Markow, fasste der Senat nach längerer Berathung folgende Resolution: Das Verdict der Geschworenen ist in Kraft zu belassen, das Urtheil des Bezirksgerichts bezüglich des Dr. Dreypölcher jedoch aufzuheben und die Sache dem Bezirksgericht in anderer Zusammensetzung zur nochmaligen Verhandlung zu überweisen. Eine gleiche Resolution fasste der Senat auch bezüglich der Cassationsklage des in derselben Sache vom Bezirksgericht verurtheilten Feldscheers Jermolowitsch.

— Zum *800jährigen Jubiläum der Universität Bologna* sind seitens der Dorpater Universität die Proff. Kraepelin (Psychiater) und Dietzel abdelegirt worden, um die Glückwünsche der Dorpater Universität zu überbringen. Auf der Jubelfeier sollen 18 italienische und 81 fremdländische Universitäten (darunter 3 russische) durch 274 Professoren vertreten sein. Der König von Italien wird sich an der Feier betheiligen; auch an andere Souveräne, wie den Kaiser von Brasilien, die Könige von Portugal, Schweden und Dänemark, den Grossherzog von Baden etc. sind Einladungen ergangen.

— *Befördert: Zum wirklichen Staatsrath:* Der Consultant für Chirurgie am Nikolajewschen Marinehospital und ältere Schiffsarzt der 2. Flottenequipage des Herzogs von Edinburg, Dr. Mischtolt, unter gleichzeitiger Verabschiedung wegen Krankheit.

— *Verstorben:* 1) In Gent der Professor der dortigen Universität, Dr. Gustav Boddaert, ein hervorragender Chirurg und Director der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses. 2) In Amiens Dr. A. Padieu, Professor der medicinischen Klinik an der dortigen medicinischen Schule. 3) In New-York der hervorragende Augenarzt Dr. Edward Loring.

— Dem berühmten Gynäkologen, Professor v. Scanzoni, ist in Anlass seines Rücktritts vom Lehramt das *Ehrenbürgerrecht* von der Stadt Würzburg verliehen worden.

— Die *Kaiserlich Leopoldinisch-Carolinische deutsche Academie der Naturforscher* (in Halle) hat den Professor der Anatomie Zuckerkandl in Graz, den Professor der Geographie an der St. Petersb. Universität Dr. Ed. Petri und den russischen General-Lieutenant Michael Nikolajewitsch Annenkow (Erbauer der Transkaspi-Bahn), in Anbetracht ihrer Verdienste um die Wissenschaft *zu Mitgliedern erwählt.*

— Der als Darsteller des *Antipyrin* bekannte Docent Dr. Ludwig Knorr in Würzburg ist zum Professor der Chemie an der dortigen Universität ernannt worden.

— Die Steigerung der Frequenz an den medicinischen Facultäten Wiens betrug im letzten Decennium mehr als 208%. (W. med. Pr).

— Die *internationale Gesellschaft des Rothen Kreuzes* begeht am 14./26. October dieses Jahres das *25jährige Jubiläum* ihres Bestehens.

— Nach dem Rechenschaftsberichte *der russischen Gesellschaft des Rothen Kreuzes*, welchen die Hauptverwaltung auf der Jahresversammlung am 29. Mai d. J. abstattete, hat sich das Kapital der Gesellschaft im Jahre 1886 nach Deckung aller Ausgaben um 141,000 Rbl. vergrössert. Der Zuwachs desselben i. J. 1887 ist noch nicht festgestellt. Ihr Hauptaugenmerk hat die Verwaltung auf die Beschaffung eines geschulten und erfahrenen Sanitätspersonals für den Fall eines Krieges gerichtet. Im letzten türkischen Kriege waren ungefähr 1400 barmherzige Schwestern des «Rothen Kreuzes» nöthig; die Hauptverwaltung hatte damals aber derer kaum 140 zur Verfügung, die Fehlenden mussten durch grösstentheils unerfahrene und fast ungeschulte freiwillige Krankenpflegerinnen ergänzt werden. Gegenwärtig ist die Zahl der gehörig ausgebildeten barmherzigen Schwestern des «Rothen Kreuzes» von 140 bereits auf 800 gestiegen. Immmerhin müssen also noch 600 barmh. Schwestern ausgebildet werden, um in einem Kriege, wie der verflossene, mit dem nöthigen Sanitätspersonal versorgt zu sein.

— Die *Pockenepidemie in Reval* dauert fort; es befinden sich dort noch über 100 Pockenkranke in Behandlung.

— In *Königsberg* herrscht seit einigen Wochen eine *Typhusepidemie*. Nach den letzten Berichten liegen bereits 300 Personen an dieser Krankheit darnieder.

— Die Universität *Rostock* hat ein den Anforderungen der Wissenschaft entsprechendes *neues hygienisches Institut* erhalten, dessen Leitung Prof. Uffelmann am 11. Mai c. übernommen hat.

— In *Ostende* wird eine *internationale Ausstellung für Hygiene und Rettungswesen* veranstaltet, welche im Juni eröffnet und 3 Monate dauern wird. Die Communalverwaltung der Stadt hat eine *goldene Medaille* (Werth 500 Frcs.) *für die nützlichste Erfindung auf dem Gebiete der Kinder-Hygiene ausgesetzt.*

— Die *epidemiologische Gesellschaft in London* hat den Prof. v. Pettenkofer in München zu ihrem *Ehrenmitgliede erwählt.*

— Für die im September a. c. in Verbindung mit der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln stattfindende wissenschaftliche Ausstellung auf dem Gebiete der Medicin und Naturwissenschaften sind recht zahlreiche Anmeldungen eingelaufen, so dass auch die diesjährige Ausstellung den Besuchern viel des Interessanten und Belehrenden bieten wird. — Etwaigen Interessenten zur Nachricht, dass Anmeldungen für auszustellende Gegenstände bis zum 30. Juni n. St., die Gegenstände selbst bis zum 1. September einzusenden sind. Anmeldebogen sind zu beziehen vom Bureau der Ausstellung, Unter-Sachsenhausen 9.

— In der Sitzung am 23. April der Pariser Academie der Wissenschaften hielt J. Blake einen Vortrag über *das Atomgewicht der anorganischen Elemente und ihre biologische Wirkung* und ist zu dem Schlusse gekommen, dass:

1) die einatomigen Elemente auf die Lungenarterien,

2) die zweiatomigen auf das Brechcentrum, die willkürlichen und den Herzmuskel,

3) die dreiatomigen auf die Centren für Athmung, die Gefässnerven, Hemmung, die Herzganglien und die Lungenarterien,

4) die vieratomigen auf die Centren für die Athmung, auf das vasomotorische Hemmungscentrum für das Gehirn, das Rückenmark, auf die Herzganglien und die Lungenarterien wirken.

Vacanzen.

— Für den Flecken *Nowokonstantinow* in Podolien wird ein *freiprakticirender Arzt* gesucht. Die Einwohnerzahl des Ortes, in welchem eine Sägemühle und eine grosse Branntweinbrennerei sich befinden, beträgt 4000. Näheres per Adresse: „М. Константиновъ, Подольской губ., въ аптеку". Für die Antwort ist eine Postmarke beizufügen.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	13.—19. Mai	2364	28,7	—	1469	17,9
Paris . . .	2 260 945	13.—19. Mai	1304	30,0	86	945	21,7
Brüssel . .	181 270	6.—12. Mai	98	28,1	11	84	24,1
Stockholm .	221 549	6.—12. Mai	127	29,7	11	91	21,4
Kopenhagen	300 000	16.—22. Mai	148	25,6	3	168	29,1
Berlin . . .	1 414 980	13.—19. Mai	846	31,1	31	574	21,1
Wien . .	800 836	13.—19. Mai	503	32,6	26	457	29,6
Pest . . .	442 787	6.—12. Mai	339	39,8	25	254	29,8
Warschau .	444 814	13.—19. Mai	223	26,2	15	203	23,8
Odessa . .	268 000	13.—19. Mai	—	—	10	119	23,1
St. Petersburg	**861 303**	**20.—26. Mai**	**512**	**30,9**	**26**	**591**	**35,7**

DUBBELN-MARIENBAD,

Cur- und Bade-Anstalt von Dr. v. Nordström.

Gegründet 1870,

am Ostseestrande bei Riga.

Vollständige Wassercur, Fichtennadel-, Schlamm-, Salz-, Sandbäder u. s. w. Seebäder Electricität, Heilgymnastik, Massage, Diät- und Terraincuren. Kefyr und Mineralwasser. Die Cur in der Anstalt eignet sich besonders bei: **Nervenkrankheiten** (Neurasthenie, Neuralgie, Lähmungen), **Blutarmuth, Scrophulose, Lungencatarrhen, Magen-, Leber- und Nierenleiden, Hautkrankheiten, Rheumatismus, Frauen- und Kinderkrankheiten, chirurgisch-orthopädischen Fällen, Reconvalescenz.** Keine Aufnahme finden Geisteskranke und ansteckende Kranke.

Leitender Arzt Dr. O. Thilo.

Familienwohnungen, sowie einzelne Zimmer mit Beköstigung für Kranke und Badegäste.

Nähere Auskunft in **St. Petersburg, Gr. Stallhofstrasse № 5, Qu. 13** oder in **Dubbeln-Marienbad bei Riga** in der **Badeadministration.**

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September. 53 (1)

УЛЬРИКАСБОРГСКІЯ МОРСКІЯ ВАННЫ

ВЪ ГЕЛЬСИНГФОРСѢ,

расположены вблизи города, на живописномъ берегу моря, съ чистымъ и здоровымъ воздухомъ въ Брунспаркѣ. 91 (1)

Теплыя морскія ванны, гидротерапевтическое леченіе, пользованіе гимнастикою и массажемъ, открыты съ 20-го Мая; купанье въ морѣ въ Іюнѣ.

Минеральныя воды, всѣхъ родовъ; меблированныя дачи и отдѣльныя комнаты въ самомъ паркѣ; ресторанъ съ общимъ столомъ, кабинетъ для чтенія, музыкальные вечера и проч. Сообщеніе съ Петербургомъ пароходное и по желѣзной дорогѣ (денные и ночные поѣзда); подробности въ дирекціи Брунспарка.

SAXLEHNER'S BITTERWASSER

«Hunyadi János-Quelle»

Eigenthümer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgatif durch folgende Vorzüge aus:

Prompte, sichere Wirkung.

Milder Geschmack. — Geringe Dosis.

Zu haben bei den Droguisten & Apothekern.

Man verlange in den Niederlagen 32 (14)



«Saxlehner's Bitterwasser».

BAD NAUHEIM

bei Frankfurt a. Main, Station der Main-Weser-Bahn.

57 (2)

Naturwarme, kohlensäurereiche und gewöhnl. Sool-Bäder, elektr. Bäder, salinische Trinkquellen u. alkalische Säuerlinge, Inhalations-Salon, ozonh. Gradirluft, Ziegenmolke, Sommersaison vom 1. Mai bis 30. Sept. Abgabe von Bädern auch vor bezw. nach dies. Zeit.

Grossh. Hess. Badedirection Bad-Nauheim. Jäger.

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.

Central-Dépot von Verband-Waaren.

Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.

Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.

Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.

Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc. 6 (13)

Verlag v. **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben ist erschienen: 94 (1)

Zimmer-Gymnastik.

Anleitung zur Ausübung activer, passiver und Widerstandsbewegungen ohne Geräthe nebst Anweisung zur Verhütung von Rückgrats-Verkrümmungen

von Geh. San.-Rath Dr. **B. Fromm.**

Zweite Auflage.

Mit 72 in den Text gedruckten Figuren. 1888. gr. 8. In Calio gebunden. 3 M.

KURANSTALT und PENSION WILLMANSTRAND

in Finnland. Ausgezeichnet gesunde und **malerische Lage** an einer geschützten Bucht des **Saimasees, inmitten ausgebreiteter Kiefernwälder, vollkommen**

nebel- und fieberfrei.

Gesammtes Wasserheilverfahren, electrische Bäder, Fichtennadelbäder, künstliche Mineralbäder, Kohlensäurebäder. Heilgymnastik und Massage. Electricität, Pneumatotherapie, Magenspülung, Inhalations- und Exhalationscuren, Oertel'sche Terrain- und Diätcuren, Kefir etc. Trink. cur natürlicher und künstlicher Mineralwässer. Besonders geeignet für: **Nervenleiden, Frauen- und Kinderkrankheiten. Katarrhe aller Art. Rheumatismus, Gicht, Malaria, Nierenkrankheiten, beginnende Lungenschwindsucht, Emphysem, Blutarmuth, Fettsucht, Herzfehler, Syphilis etc. Volle Pension in der Familie des Arztes. Sommersaison** vom 1. Juni bis 1. September. **Nerven- und Magenkranke finden das ganze Jahr** hindurch Aufnahme. Täglich 2 Mal **Eisenbahnverbindung** mit St. Petersburg (6½ Stunden Fahrt). Näheres beim Chefarzt der Anstalt, 83 (2)

Dr. med. **M. Buch.**



Zu haben in allen Droguen-, Wein- und Frucht-Handlungen, Hotels und Restaurants. 8 (1)

IN CARLSBAD

(zum schwarzen Löwen)

ordinirt auch in der laufenden Saison

Dr. Jaworsky

Docent f. Path. u. Ther. d. Verdauungsorgane.

Erwiderung.

Um die in einigen Zeitungen verbreiteten falschen Nachrichten zurechtzustellen, halten wir es für unsere Pflicht zu erklären, dass der Badeort Hapsal völlig frei ist von Pocken und anderen epidemischen Krankheiten. 95 (1)

Die Bade-Commission.

Довв. ценз. Спб. 3. Іюня 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. №12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. Th. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 24. St. Petersburg, 11. (23) Juni 1888.

Ueber einige noch nicht beschriebene pathologische Veränderungen in der Leber bei acuter Phosphor- und Arsenikvergiftung,

in Verbindung mit hämatogen hervorgerufener Zerstörung und Wiederneubildung kleiner Abschnitte des Lebergewebes.

Von

Prof. W. W. Podwyssotzky (junior)
in Kiew.

Seit der Zeit, wo die Arbeiten von Hauff[1]), Munk und Leyden[2]), Bollinger[3]), Lewin[4]), Saikowsky[5]), Dybkowsky[6]) und vieler Anderer erschienen, hat die Anschauung in der Pathologie festen Fuss gefasst, dass die Leber bei Phosphor- und Arsenikvergiftung, gleich den übrigen parenchymatösen Organen, das Bild mehr oder weniger starker Fettdegeneration darbietet. Diese Degeneration ist so constant bei acuter Phosphor- und Arsenikvergiftung, dass man sich daran gewöhnt hat, sie allein in der Leber zu bemerken nach dem Tode in Folge von Phosphor oder Arsenik, und die übrigen Veränderungen nicht zu beachten, oder aber larga manu überhaupt alle bei Section der Leber sich findenden weisslichen und gelblichen Flecken und Nester zu den fettig degenerirten Stellen zu rechnen. Als Beweis führe ich z. B. folgende Zeilen über die Leberveränderungen bei Phosphorvergiftung aus der pathologischen Anatomie von Klebs[7]) an: «Gewöhnlich erstreckt sich die gelbe Verfärbung der Leber gleichmässig über das ganze Organ, doch finden sich hin und wieder stärker veränderte Partien, die als blassere, meist scharf begrenzte Flecke hervortreten, namentlich an der Oberfläche. Es finden sich dieselben gewöhnlich in *frischen Fällen* [*kürzlich erfolgter Vergiftung**)] und werden veranlasst durch eine stärkere Anfüllung der Leberzellen mit Fett». Bei der weiteren Darlegung werden wir sehen, dass derartige blassere Flecken durchaus nicht durch fettige Degeneration sich erklären.

In der neuesten Literatur begegnet man übrigens auch vereinzelten Hinweisen darauf, dass bei Phosphor- und Arsenikvergiftung in der Leber nicht nur die Erscheinungen von Fettdegeneration vor sich gehen. So fand Filomusi-Guelfi[8]), wenn er Meerschweinchen mit Phosphor vergiftete, gleichzeitig mit fettiger Degeneration der Leberzellen, auch kleine Nester neugebildeten Bindegewebes. Maschka[9]) konnte in den seltenen Fällen, wo 7—8 Stunden nach Genuss des Arseniks der Tod eingetreten war, in der Leber keine Fettdegeneration finden. Endlich fanden Cornil und Brault[10]), welche bei Thieren die pathologischen Veränderungen der Organe bei Phosphor- und Arsenikvergiftung studirt haben, ausser Fettdegeneration der Leber noch Erscheinungen von, dem Anscheine nach selbständigem, diffusem nekrobiotischem Processe in vielen Leberzellen vor.

Die angeführten Hinweise waren übrigens viel zu ungenügend, um die Meinung zu erschüttern, welche darüber feststand, dass bei Phosphor- und Arsenikvergiftung die Leberzellen ausschliesslich fettig degeneriren; und daher wird in allen neuesten Lehrbüchern der pathologischen Anatomie und der Pharmakologie nur von der Fettdegeneration der Leberzellen gesprochen, als von der constanten und einzig charakteristischen anatomischen Erscheinung bei der Vergiftung mit den genannten Giften.

Seit vielen Jahren mit dem Studium einer Frage beschäftigt, die von mir schon 2 Jahre lang bearbeitet wird, — der Regeneration des Drüsenepithels, stiess ich auf durchaus eigenartige, in der Literatur noch nicht beschriebene pathologische Veränderungen in der Leber bei acuter Phosphor- und Arsenikvergiftung, — Veränderungen, welche es mir ermöglichten, die Lehre von der Regeneration des Drüsenepithels bedeutend zu vervollständigen, und, — was das Wichtigste ist, — die experimentellen Thatsachen mit den Thatsachen und Beobachtungen am Krankenbett zu vereinigen.

In meinen früheren Arbeiten wandte ich traumatische Verletzungen der Leber, Nieren und anderer Drüsen an, um die Regeneration der Drüsenzellen hervorzurufen. Eine solche äussere Zerstörung einzelner Zellelemente und ganzer Drüsenpartikel diente als Anstoss zum Auftreten der regenerativen Reaction, zur Vervielfältigung nicht nur von Bindegewebszellen, sondern auch von Drüsenzellen, und ebenso auch von Epithel der Ausführungsgänge. Die solcher Art von mir bewiesene Fähigkeit der Drüsenzellen sich zu rege-

*) Von mir gesperrt gedruckt.

neriren, hatte, abgesehen von ihrer biologischen Bedeutung, unmittelbare Bedeutung für die Chirurgie und überhaupt für jede äussere Beschädigung von Drüsenorganen, als z. B. nicht tödtliche Contusionen oder Verwundungen der Leber, Nieren u. s. w. Die Lehre, welche bis in die letzte Zeit in der Chirurgie geherrscht hat, dass die Wunden der Leber, Nieren und anderen Drüsen ausschliesslich durch Neubildung von Bindegewebe verheilen, war beträchtlich erschüttert, da es sich erwies, dass der traumatische Defect nicht nur durch Vermehrung der Bindegewebszellen und fernerweite narbige Veränderung derselben ersetzt wird, sondern auch durch Vermehrung des Drüsenepithels. Für die Klinik der inneren Krankheiten übrigens, für jegliche Art innerer oder hämatogener Verletzung der Drüsenzellen konnten meine früheren Arbeiten nur beiläufige Bedeutung haben.

Um die von mir bewiesene Fähigkeit der Drüsenzellen zur Regeneration in directerer Weise in der Klinik der inneren Krankheit zur Geltung zu bringen, war es unumgänglich auf hämatogenem Wege, ohne jegliches Trauma, eine Zerstörung einzelner Drüsenelemente hervorzurufen, und darauf mit dem Mikroskop eine ganze Reihe von Thieren daraufhin zu durchforschen, ob seitens der normal gebliebenen Drüsenzellen eine Regenerations-Reaction zu beobachten sei. Wenn einmal auf experimentellem Wege gefunden sein würde, dass in der That nach Zerstörung einiger Drüsenzellen unter dem Einfluss einer im Blut oder den Säften des Organismus kreisenden schädlichen Substanz eine Regeneration der noch normal gebliebenen Drüsenzellen vor sich geht, so wäre damit, nach einer sehr nahe liegenden Analogie bewiesen, dass eine solche Regeneration auch bei Kranken stattfindet, welche von den verschiedenen Krankheiten genesen, bei denen einzelne Drüsenzellen unter dem Einflusse eines im Blute kreisenden schädlichen Princips infectiöser oder chemischer Natur degeneriren und zu Grunde gehen.

Unter den vielen giftigen chemischen Stoffen wählte ich Arsenik und Phosphor, erstens um ihrer Fähigkeit willen, in vergiftenden Dosen eine scharf ausgeprägte Fettdegeneration vieler Zellelemente, und unter denselben hauptsächlich der Leberzellen hervorzurufen, und zweitens um der bekannten klinischen Thatsache willen, dass zuweilen die mit Phosphor und Arsenik Vergifteten genesen, und dass daher folglich bei diesen aller Wahrscheinlichkeit nach eine Regeneration einzelner Leberzellen zum Ersatz derjenigen stattfindet, welche völliger Fettdegeneration und Zerfall anheimfielen.

Meine Voraussetzungen wurden durch das Experiment bestätigt: In der That, der durch Arsenik und Phosphor verursachte Untergang einzelner Leberzellen wird von einer Regeneration, resp. Vermehrung der benachbarten normal gebliebenen Drüsenzellen begleitet. Dabei vollzieht sich übrigens der Zerstörungsprocess der Leberzellen, — speciell das Absterben ganzer Partikel von Lebergewebe — in einer so eigenartigen und bisher noch nicht beschriebenen Form, dass ich es für unumgänglich halte, darüber einige Worte zu sagen.

Ich experimentirte mit Meerschweinchen*), spritzte ihnen unter die Haut des Halses oder des oberen Theiles des Rückens 1 % Phosphorbutter, oder wässerige 1 % Lösung von arsenigsaurem Natrium. Die absolute Menge der eingeführten Reinsubstanz betrug von 0,0005 — 0,001 — 0,002 bis 0,005 und 0,01 Grm. Einspritzungen von 0,0005—0,001 und sogar 0,002 ein Mal täglich wurden von den Thieren während einiger Tage und Wochen gut vertragen, obgleich sie Vergiftungserscheinungen hervorriefen (allgemeine Schwäche, Zittern des ganzen Körpers etc.). Nur wenn 5—6 Tage wiederholte Einspritzungen von je 0,003 Grm. gemacht wurden, konnten die Thiere dieselben nicht überwinden und crepirten. Eine einmalige Einspritzung von 0,005 und besonders von 0,01 Grm. tödtete das Thier in 6—10 Stunden.

Sowohl bei den Thieren, welche am 3.—4. Tage oder 5. Tage nach wiederholten Einspritzungen kleiner Quantitäten (0,002—0,003 Grm.) getödtet wurden, als auch besonders bei den Thieren, welche 7—10 Stunden nach Einspritzung grosser Quantitäten (0,005—0,01 Grm.) eingingen oder getödtet wurden, sprang bei Eröffnung der Bauchhöhle folgende Veränderung der Leber in die Augen: Auf ihrer Oberfläche traten recht deutlich in geringer Anzahl (3—5—8) gelblich-weisse, runde oder unregelmässig eiförmige Flecken von verschiedener Grösse hervor, vom Umfange eines Stecknadelkopfes bis zu dem einer Linse. Auf den ersten Anblick glichen diese Flecken Miliartuberkeln. Beim Durchschneiden erwies es sich, dass sie nicht ganz oberflächlich sassen, sondern auch einigermaassen in die Tiefe des Organs vordrangen, in der Form von keilförmigen oder unregelmässig eiförmigen Figuren. Ausserdem wurden auf Durchschnitten der Leber, in ihrer Substanz, hier und da ähnliche, abgegrenzte, weissliche Inselchen angetroffen. Schon bei makroskopischer Untersuchung der Durchschnitte solcher Inselchen erschienen sie fast ganz blutleer. Bei den Thieren, welche 6—8 Stunden nach einer grossen Injection Arsenik oder Phosphor getödtet oder crepirt waren, traten die Contouren dieser weiss-gelblichen Nester besonders scharf hervor; etwas verwischt und weniger deutlich präsentirten sie sich in jenen Fällen, wo das Thier einige Tage gelebt hatte, während ihm täglich wohl giftige, aber nicht tödtliche Injectionen von Arsenik und Phosphor (0,002—0,003 Grm.) gemacht wurden. Bei Vergiftungen mit Phosphor traten diese beschriebenen Herde deutlicher hervor, als bei der Vergiftung mit den gleichen Quantitäten Arsenik.

Das Wesen der anatomischen Veränderungen und die Ursache der weiss-gelblichen Farbe dieser Inselchen oder Nester wird bei der mikroskopischen Untersuchung derselben aufgeklärt, nachdem man die frisch herausgeschnittenen Stücke der Leber vorher in Müller'scher oder Flemming'scher Flüssigkeit gehärtet und die Schnitte in irgend einer der Tinctionsflüssigkeiten der histologischen Technik gefärbt hat.

Ich werde mit dem mikroskopischen Bilde beginnen, welches die weisslichen Nester darbieten 6—8—10 Stunden nach subcutaner Injection einer grossen Quantität Arsenik oder Phosphor.

Bei schwachen Vergrösserungen, 20—40 Mal, bringen auf den ersten Blick die weisslichen Inselchen den Eindruck hervor, als stellten sie einen oder einige völlig isolirte Leberläppchen dar, mit einer Lebervene im Centrum. Man braucht das Präparat aber nur aufmerksamer anzusehen, um sich zu überzeugen, dass nicht eine Lebervene, sondern ein Zweig der Pfortader das Centrum eines solchen Herdes einnimmt, und dass die eiförmige oder runde Figur, die ein Läppchen vortäuschte, durch die Gleichmässigkeit bedingt ist, mit welcher der Process sich nach allen Seiten um das Aestchen der Pfortader ausgebreitet hatte. In der That umfasst das Inselchen die Peripherie einiger Läppchen, welche zum System eines oder zweier Aestchen der Pfortader gehören. Zuweilen, bei den Inselchen von bedeutenderer Grösse, ergreift der Process nicht nur die Peripherie der Leberläppchen, sondern auch ihre centralen Theile; in solchen Fällen erweisen sich auch die Durchschnitte der Aestchen der Lebervene als in den Grenzen des weiss-gelblichen Inselchens belegen, und nehmen natürlich dessen Peripherie ein.

Die Untersuchung der Präparate mit stärkeren Vergrösserungen (Objectiv 5—7—8 von Hartnack) zeigt, dass die Blutcapillaren in diesen Herden gar keine normal erhaltenen rothen Blutkörperchen enthalten, oder aber, dass dieselben sich in ihnen im Zustande des Zerfalles befinden. Dagegen erweisen sich die normalen Theile des Lebergewebes, welche unmittelbar den weisslich-gelben Herd umgeben, als hyperä-

*) Meerschweinchen wählte ich deshalb, weil gerade diese Thiere, wie meine früheren Experimente gezeigt hatten, in hervorragender Weise gegenüber anderen (Kaninchen, Ratten, Katzen) sehr gleichmässig die Fähigkeit sowohl speciell der Leberzellen, als auch des Epithels der Gallengänge zeigen, sich zu vermehren und zu regeneriren. (Cf. meine „Regeneration des Lebergewebes". Kiew 1886).

misch, woher natürlich der Contrast zwischen der Färbung des Herdes selbst und dessen angrenzenden Theilen noch greller hervortritt. Die Leberzellen, welche zum Bestande des Nestes gehören, präsentiren sich als im Zustande der mehr oder weniger vorgeschrittenen Coagulationsnekrose befindlich, mit Uebergang in Zerfall. Am deutlichsten ist die Nekrose der Leberzellen in den centralen Theilen des Nestes, näher zum Aestchen der Pfortader. Hier befinden sich einige concentrische Reihen von Leberzellen um die Pfortader im Zustande völliger Zerstörung, so dass weder Kerne noch Protoplasma zu sehen sind, sondern nur die aufgequollenen Zellhüllen, mit von ihnen hier und da abgehenden Rudimenten des früheren Zellkörpers, dessen Hohlraum innen erweitert war. Eine solche Zerstörung der Leberzellen verbreitet sich, stufenweise abnehmend, gleichmässig nach allen Seiten vom Centrum des Herdes zu seiner Peripherie; dabei nimmt die Festigkeit der Zellen stufenweise zu; Reste von Zellkernen traten in die Erscheinung, welche sich übrigens noch nicht färben, sondern als gezackte, trübe Kreise inmitten des trüben Zellkörpers erscheinen. An der Grenze des Herdes zum normalen Lebergewebe bekommen die Zellkerne und die Leberzellen selbst allmälig normales Aussehen und normale Färbbarkeit. In dem Aestchen der Pfortader, welches das Centrum des nekrobiotischen Herdes einnimmt, haben sich fast gar keine rothen Blutkörperchen erhalten, anstatt derselben ist es von einem Netz von Fasern erfüllt, in welch' letzteren hier und da Blutpigment in Körnchen und Schollen eingeschlossen ist, sowie auch weisse Blutkörperchen im Zustande des Kernzerfalles. Die Abwesenheit von rothen Blutkörperchen in den Capillaren des Herdes ebenso wie die Zerstörung und Nekrobiose der Leberzellen erklären die weisslich-gelbe Farbe der Inselchen in der frischen Leber.

Die blasse, durchsichtige Farbennüance derselben ist auch auf den gefärbten Schnitten aus der gehärteten Leber erhalten; auf sehr dünnen Schnitten erscheinen die Inselchen als verdünnte Theile des Lebergewebes, wie leere Stellen, die mit dichtem Tüll überzogen sind. Fettdegeneration der Leberzellen ist in dem Bereich der Inselchen gar nicht vorhanden; hier und da bemerkt man nur um diese Zeit (6—8—10 Stunden nach Einführung des Giftes) feinste schwarze Fettkörnchen (vom Osmium der Flemming'schen Lösung) in den capillaren Spalten zwischen den zerstörten Leberzellen, und ebenso in den normalen Leberzellen in der unmittelbaren Umgebung des nekrobiotischen Herdes.

Ein bemerkenswerther Befund, der inmitten dieses todten Herdes in die Augen fällt, ist das völlige Erhaltensein des Epithels der Gallengänge, welche im Centrum des Herdes, im postalen Bindegewebe verlaufen. Neben dem Aestchen der Vena portae liegen 1—2 Gallengänge, in deren Epithel die Kerne sich vortrefflich färben und die kleinsten Farbstoffkörnchen sich vortrefflich ausscheiden. Ueberhaupt tragen die Zellen der Gallengänge alle Zeichen normalen Zustandes an sich, sie leben, während Alles umher umgekommen und todt ist. In diesem Umstande erblicken wir noch einen neuen Beweis für jene erstaunliche Lebenskraft, durch welche das Epithel der Gallengänge sich auszeichnet, und durch welche ihre wichtige Bedeutung sowohl bei den Processen der Regeneration von Lebergewebe, als auch bei dem Processe der Entwickelung von hypertrophischer Cirrhose*) bedingt ist.

In keinem anderen Organe begegnet man um diese Zeit weder ähnlichen nekrobiotischen Herden, noch fettiger Degeneration. Nur an den Stellen, wo subcutan Phosphorbutter oder eine Lösung von arsenigsaurem Natrium eingeführt wurde, bemerkt man im subcutanen Bindegewebe und in den Muskeln, welche dem Nadelstichcanal anliegen, kleine Partien von Nekrose und Zerfall, sowohl von Zellelementen, als auch von Muskelfasern. Zu der Zahl der besonders auffallenden pathologischen Veränderungen in den Organen von Thieren, welche 6—8—10 Stunden nach subcutaner Injection einer grossen Quantität Arsenik oder Phosphor (0,005 bis 0,01 Grm.) getödtet wurden oder starben, muss man auch die Ueberfüllung der Milzvenen mit rothen Blutkörperchen in verschiedenen Stadien des Zerfalles rechnen, mit Körnchen und Schollen von Blutpigment, welche in verschiedenen grossen Zellen (weisse Blutkörperchen, Epithel der Milzvenen) eingeschlossen sind. Hier kann man alle Stadien der Bildung von sogenannten «Zellen, welche Blutkörperchen enthalten», verfolgen, und kann sich vortrefflich davon überzeugen, dass diese grossen Zellen in der That das Grab der untauglichen, abgelebten rothen Blutkörperchen sind*). Augenscheinlich wirken sowohl Arsenik als auch Phosphor in grossen Quantitäten in zerstörender Weise auf die rothen Blutkörperchen; in der Milz aber werden sowohl die abgelebten Blutkügelchen, als auch die aus ihnen erhaltenen Pigmentkörnchen von den Phagocythen (weisse Blutkörperchen, Gefässendothel) verzehrt.

Als recht auffallende pathologische Veränderung hauptsächlich bei Arsenikvergiftung (subcutan) muss man die starke Hyperämie der Schleimhaut des Darmcanals und zum Theil des Magens erwähnen, und ebenso auch die Bildung von Pseudomembranen auf der Oberfläche der Darmzotten, welche aus coagulirtem Eiweiss bestehen, in welchem weisse Blutkörperchen und abgestossene Epithelzellen eingeschlossen sind. Bei diesen Veränderungen zu verweilen, liegt aber keine Nothwendigkeit vor, da sie schon lange bekannt sind, noch von der Zeit her, wo Virchow sie beschrieb, und da sie in neuester Zeit von Pistorius gründlich studirt worden sind.

In der That, als neu und noch nicht beschrieben, erweisen sich derart nur die oben erwähnten nekrobiotischen Herde in der Leber. Wie soll man sich ihre Entstehung erklären? Wenn der Arsenik und der Phosphor dem Thiere in den Magen eingeführt worden wären, so könnte man leichter auf diese Frage antworten, und zwar hätten dann kleine Quantitäten des aus dem Magen resorbirten Arseniks oder Phosphors durch die Vena portae in die Leber gelangen können, und hätten hier, in die Endästchen der Vena portae verschleppt, in den anliegenden Leberzellen die beschriebenen Veränderungen von Coagulationsnekrose mit Ausgang in Zerfall hervorrufen können. Wir hätten dabei eine unmittelbare giftige Einwirkung des im Blute circulirenden Giftes auf das Protoplasma der Zellen.

Es ist unzweifelhaft, dass auch in unseren Fällen eine Nekrose ganzer Abschnitte von Leberzellen durch den in die Leber verschleppten Arsenik oder Phosphor statthatte. Es ist unzweifelhaft, dass diese Substanzen von den Gefässen transportirt wurden, welche in den interlobulären Zwischenräumen verlaufen, da die stärkste Giftwirkung augenscheinlich in denjenigen Leberzellen stattgefunden hatte, welche diesen Zwischenräumen anliegen; darauf schwächte sich die Giftwirkung ab nach Maassgabe des Vordringens zur Peripherie; als klares Beispiel dafür dient die oben gegebene Beschreibung der verschiedenartigen Veränderungen der Zelle im Centrum und in den peripherischen Theilen des nekrotischen Herdes. Nicht so leicht ist es übrigens zu entscheiden, auf welchen Wegen der Arsenik und Phosphor aus dem subcutanen Bindegewebe des Rückens, in welches sie eingespritzt wurden, in die Leber geriethen. Wahrscheinlich geriethen sie, nachdem sie aus dem subcutanen Bindegewebe in den Beginn der Lymphgefässe eingetreten waren, in die Venen, dann in das rechte Herz, von dort durch den kleinen Lungenkreislauf in das linke Herz, in das arterielle System des grossen Kreislaufes, und endlich durch die Leberarterie in die Leber. Uebrigens kann man auch nicht völlig die Zuführung des Giftes durch die Pfortader ausschliessen.

---

*) Cf. darüber genauer in meiner Schrift: „Regeneration des Lebergewebes", pag. 71—80.

*) Ueber „Zellen, welche rothe Blutkörperchen enthalten", cf. genauer bei W. W. Paschutin, Cursus der pathologischen Physiologie. Tom. I, Theil I, pag. 390—395.

Wie dem nun auch sei, die Thatsache ist interessant, dass die im Blute kreisende, relativ sehr kleine Quantität Arsenik oder Phosphor, durch verschiedene Organe passirend, nirgend so bedeutende Veränderungen hervorruft, als in der Leber. Dem Anscheine nach passiren diese Substanzen durch alle Organe, ohne irgendwo aufgehalten zu werden, und verweilen lange in der Leber, häufen sich gleichsam in ihr auf und rufen das schon bekannte Bild der Nekrose ganzer regelmässiger Abschnitte des Lebergewebes hervor. Dieser Umstand steht mit dem schon lange beobachteten und chemisch nachgewiesenen Factum in Verbindung, dass in der That die Leber sich in der Reihe derjenigen Organe befindet, in welchen sich Arsenik und Phosphor anhäufen, einerlei auf welche Weise man sie in den Organismus eingeführt hat (Dybkowski, Dogel, Geoghegan, Mokroussow, Garnier, Guarechi u. A.). Mit einer solchen Besonderheit der Leber, in sich den im Blute kreisenden Arsenik und Phosphor zurückzuhalten, und weiter mit einer solchen Empfindlichkeit des Lebergewebes gegenüber relativ minimalen Quantitäten dieser Stoffe, welche in unverändertem Zustande sich in der Leber anhäufen könnten, wenn sie subcutan injicirt werden, muss man durchaus in jenen Fällen rechnen, wo Arsenik und Phosphor zu therapeutischen Zwecken gebraucht werden. Die äusserste Vorsicht ist bei Verordnung dieser Stoffe unerlässlich, — umsomehr als ihr therapeutischer Werth, besonders derjenige des Phosphors, in letzter Zeit bedeutend erschüttert ist.

Wenn man die oben erwähnten weisslich-gelben Herde in der Leber bei Thieren untersucht, welche täglich kleine Quantitäten Arsenik oder Phosphor (0,001—0,002 Grm.) erhalten hatten, am 3.—4.—5.—6. Tage nach Beginn des Experimentes getödtet oder gestorben waren, so ist das mikroskopische Bild schon ein ganz anderes, als 8—10—12—24 Stunden nach einer grossen Dosis. Schon für das unbewaffnete Auge sind die Contouren des Herdes weniger scharf. Unter dem Mikroskope aber erhält man Folgendes: Der frühere nekrotische Herd ist jetzt nicht unmittelbar von normalem Lebergewebe begrenzt, wie in den ersten Stunden nach der Vergiftung; er ist vom normalen Gewebe jetzt von allen Seiten durch einen ziemlich schmalen, unregelmässigen, abgrenzenden Streifen getrennt, welcher aus fettig metamorphosirten Leberzellen besteht, aus weissen Blutkörperchen, die in geringer Anzahl ausgewandert sind, aus Bindegewebszellen, die sich vermehrt haben, und endlich aus neugebildeten Gallencanälen. Mit starken Vergrösserungen, oder noch besser mit Oelimmersionssystemen kann man auf den vorher mit Flemming'scher Flüssigkeit behandelten Präparaten in diesem abgrenzenden Streifen alle Stadien der kariomitotischen Theilung finden, sowohl in den Fibroblasten, als auch im Epithel der Gallencanäle. Aehnlichen Figuren complicirter Kerntheilung begegnet man auch in den diesem begrenzenden Streifen benachbarten normalen Leberzellen. Der Process der Vermehrung und Regeneration der Leberzellen und des Epithels der Gallencanäle kommt nach demselben Typus zu Stande, wie er von mir bei der traumatisch hervorgerufenen Regeneration des Lebergewebes*) beschrieben worden ist. Die Vermehrung des Epithels der Gallencanäle und in Folge dessen Neubildung enger Canäle seitens der interlobulären alten Canäle geht so schnell vor sich, dass schon am 4.—5. Tage vom Beginne des Experiments ein bedeutender Theil des abgrenzenden Streifens an vielen Stellen angefüllt ist mit gewundenen, nach verschiedenen Richtungen gerichteten jungen Canälen; diese letzteren sprossen allmälig zwischen den todten Schollen — den einstigen Leberzellen — des nekrotischen Herdes hervor, denselben gleichsam aufzehrend. Der nekrotische Herd des Lebergewebes erscheint als Sequester, der im umgebenden normalen Gewebe Reizung hervorruft und dasselbe zur Vermehrung seiner zelligen Elemente anregt. Da aber auch im Centrum des Herdes im Systeme der Pfortader sich ein Gallencanal befindet, und zwar, wie oben erwähnt wurde, ein Canal mit normal erhaltenen Epithelzellen, so dient auch er als Ausgangspunct für Vermehrung des Epithels und aus seiner Wand sprossen neue Schösslinge, junge Canäle, welche auch üppig anwachsen und den nekrotischen Herd vom Centrum zur Peripherie hin aufzehren.

So wird der abgestorbene Theil des Lebergewebes von zwei Seiten her — von der Peripherie und vom Centrum — aufgezehrt; das sich vermehrende Bindegewebe und die reichlich sich neubildenden Gallencanäle nehmen allmälig den Platz eines solchen nekrotischen Herdes ein. Wenn man auch noch das bedenkt, dass viele von den einen solchen Herd umgebenden normalen Leberzellen, in bedeutender Entfernung um denselben, sich auch vermehren, so wird ein Theil des Verlustes, der Nekrose, welche durch den im Blute kreisenden Arsenik oder Phosphor hervorgerufen wurde, nicht nur in Folge der sich neubildenden Gallencanäle regenerirt, welche sich zum Theil in Balken von Leberzellen umwandeln, sondern auch in Folge der Vermehrung der benachbarten Leberzellen und in Folge der daher auftretenden Bildung von Lebergewebe per intussusceptionem von allen Seiten bis zum nekrotischen Herde hin. Mit einem Worte, es wiederholt sich derselbe Process, wie er beim Ersatz eines traumatischen Verlustes und des denselben in der ersten Zeit ausfüllenden Blutgerinnsels vorzukommen pflegt und wie er von mir beschrieben worden ist. Es versteht sich, dass am schnellsten die Vermehrung des Bindegewebes vor sich geht und das Wuchern desselben hindert in bedeutendem Grade den Ersatz des nekrotischen Herdes durch neugebildete Canälchen und durch sich vermehrende Leberzellen.

Durchaus nicht alle neugebildeten Canälchen dienen thatsächlich dem Zweck der Regeneration des Lebergewebes: nur sehr wenige von ihnen erleiden die Umwandlung in Balken von Lebergewebe. Der grössere Theil unterliegt verschiedenen regressiven Metamorphosen, speciell der Pigment-Atrophie, der cystösen Erweiterung u. s. w.

Zehn bis 12, oder noch besser 15—20—25 Tage nach Beginn des Experimentes, d. h. nachdem während der ersten 3—4 Tage täglich mittlere Quantitäten Arsenik und Phosphor (0,001—0,002 Grm.) injicirt worden waren, ist der ganze ursprüngliche nekrotische Herd schon fast vollständig verschwunden, und ist ersetzt durch neugebildetes Lebergewebe, mit einer Masse narbigen Bindegewebes um die einzelnen Balken von Leberzellen, Gallencanälen und Aestchen der Vena portae. An den Stellen, wo die nekrotischen Herde waren, erhält man einen hypertrophisch-cirrhotischen Herdprocess, wobei das neugebildete Lebergewebe in bedeutendem Grade von der normalen Anordnung abweicht und den typischen Verlauf der Balken der Leberzellen nicht erkennen lässt. In dieser Beziehung ist der Umstand sehr interessant, dass bei jungen Thieren das neugebildete Lebergewebe an der Stelle des früheren nekrotischen Herdes verhältnissmässig schneller als bei alten Thieren den typischen Bau des normalen Lebergewebes erhält. Jedenfalls erhalten sich bei allen (sowohl jungen, als auch alten) sehr lange (einige Monate) nach Beginn des Experimentes noch einzelne formlose Schollen abgestorbener Leberzellen inmitten des narbigen Bindegewebes.

Wenn ich das von mir in diesem Artikel Mitgetheilte resumire, so komme ich zu folgenden Schlüssen:

1) Arsenik und Phosphor, in der Quantität von 0,005 bis 0,01 Grm. pro dosi unter die Haut gebracht, tödten das Thier (Meerschweinchen) in 6—8—10 Stunden, wobei in den Organen und insbesondere in der Leber noch keine Fettmetamorphose auftritt.

2) *In der Leber bilden sich um diese Zeit kleine begrenzte weisslich-gelbe nekrotische Herde des Lebergewebes, welche durch directe giftige Wirkung des Arseniks und des Phosphors auf das Zell-Protoplasma erzeugt werden;*

*) Cf. meine „Regeneration des Lebergewebes" und die Tafeln in der deutschen Ausgabe derselben Arbeit.

die Gifte werden durch den Blutstrom von dem Ort, wo sie subcutan eingeführt werden, in die Leber verschleppt.

3) *Die Leber hält in hervorragender Weise gegenüber den anderen Organen und, wie es scheint, den grösseren Theil des im Blute circulirenden Arseniks und Phosphors zurück.*

4) Das Epithel der Gallencanäle zeichnet sich durch eine bedeutend grössere Widerstandskraft gegenüber dem Arsenik und Phosphor aus, als die absondernden Leberzellen.

5) Der in giftigen Quantitäten im Blute circulirende Arsenik und Phosphor bedingen die Zerstörung einer grossen Quantität von rothen Blutkörperchen, und eine Ueberfüllung der Milz mit Schollen und Körnchen von Blutpigment.

6) Wenn die Thiere nach einer einmaligen Einführung einer grossen Quantität Arsenik oder Phosphor und ebenso, nachdem ihnen täglich im Laufe von 3—5 Tagen eine mittlere nicht tödtliche Dosis injicirt worden war, am Leben bleiben, so werden die nekrotisirten Partien des Lebergewebes sequestrirt, und verkleinern sich stufenweise, indem neugebildetes Bindegewebe, neugebildete Canäle und benachbarte in Wucherung gerathende normale Leberzellen an ihre Stelle treten.

7) Fettmetamorphose des Lebergewebes erscheint erst am Schluss der ersten 24 Stunden nach Einführung des Giftes, wobei dieser Metamorphose nicht die todten Leberzellen des nekrotischen Herdes unterworfen sind, sondern die Leberzellen, welche diesen Herd umgeben, und welche sich in dem begrenzenden Streifen befinden, der den nekrotisirten Abschnitt vom normalen Lebergewebe trennt.

8) Dem Anscheine nach kann nur die noch lebende Leberzelle der Fettmetamorphose unterworfen werden. Die Zelle, die vorher nekrotisirte, unterliegt nicht mehr der Fettdegeneration.

9) Hämatogen hervorgerufene Zerstörung und Nekrose einzelner Theile des Lebergewebes führt zur Regeneration eines Theiles des Lebergewebes, und zwar zum Ersatz des Verlustes nicht nur durch neugebildetes Bindegewebe, sondern auch durch neugebildete Gallencanäle mit Balken von Leberzellen, jedoch ohne den typischen Bau des Leberläppchens.

Das sind die Resultate, wie sie bei den Experimenten an Thieren erhalten wurden. Haben wir das Recht, die hauptsächlichsten derselben auf den Menschen zu übertragen? Einige Thatsachen erlauben, auf diese Frage bejahend zu antworten. Wenn man die bekannten klinischen Thatsachen der Genesung nach acuter Arsenik- und Phosphorvergiftung mit der von mir zu Anfang dieses Artikels erwähnten pathologisch-anatomischen Beschreibung der weisslich-gelben begrenzten Inselchen*) auf der Leber von Menschen, die bald nach Phosphorvergiftung (Klebs) gestorben sind, zusammenhält, so kann man nach sehr naheliegender Analogie zugeben, dass wir es bei diesen Inselchen mit einem ähnlichen Process von herdweiser Nekrose des Lebergewebes zu thun haben, wie er von mir beim Meerschweinchen beschrieben worden ist, dass diese Inselchen nicht Herde vorstellen, wo die Fettdegeneration besonders stark ausgeprägt ist, wie Klebs**) meint, und dass wahrscheinlich auch beim Menschen, in Genesungsfällen, solche nekrotische Partikel allmälig nicht nur durch Bindegewebe, sondern auch durch umgebildete Gallencanäle und durch neugebildete Leberzellen ersetzt werden.

Wieweit ein solcher Schluss vom Thiere auf den Menschen gerechtfertigt ist, werden zukünftige genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen der entsprechenden Stellen aus der Leber menschlicher Leichen in frischen Fällen von Vergiftung mit Arsenik und Phosphor erweisen.

*) Aehnliche, begrenzte, weisslich-gelbe Inselchen fand auch Prof. G. P. Münch auf der Leber bei Leichen von mit Phosphor vergifteten Menschen. (Mündliche Mittheilung).

**) Cf. die Beobachtungen von Maschka, nach welchen bei Menschen, wenn sie in Folge Phosphors 7—8 Stunden nach dem Genuss des Giftes gestorben sind, in der Leber noch keine Fettdegeneration vorkommt (l. c.).

Literatur. 1) Hauff: Württemberger Correspondenzblatt, 1860, № 34. 2) Ph. Munk und E. Leyden: Die acute Phosphorvergiftung. Berlin 1865. 3) O. Bollinger: Zur pathologischen Anatomie der acuten Leberatrophie und der Phosphorvergiftung. Inaug.-Diss. Leipzig 1868. 4) G. Lewin: Virchow's Archiv, Bd. XX, 1861, pag. 506. 5) Saykowski: Centralblatt für die medicin. Wissenschaften, 1865, № 23. 6) Dybkowski: Hoppe-Seyler's medicinisch-chemische Untersuchungen, Bd. I, 1866. 7) Ed. Klebs: Pathologische Anatomie, russ. Uebersetzung, 1871, pag. 283. 8) Filomusi-Guelfi: II. Morgagni, 1883, pag. 609. 9) Maschka: Wiener med. Wochenschrift, 1884, №№ 20 und 21. 10) V. Cornil et Brault: Journal de l'anatomie et de physiologie, 1882, pag. 1. 11) H. Pistorius: Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1883, Bd. XVI, pag. 188.

Referate.

Langgaard und Rabow: Ueber Sulfonal (Bayer). (Therap. Monatsh. № 5).

Dieses von Kast (Berlin. klin. Wochenschr. 1888. № 16) warm empfohlene neue Schlafmittel gehört zu den sogen. disulfonen, organischen, schwefelhaltigen Verbindungen, in welche 2 Mal die einwerthige Atomgruppe SO_2R an Kohlenstoff gebunden ist, ist Diäthylsulfon-Dimethyl-Methom von der Formel $\frac{CH_3}{CH_3} > C < \frac{SO_2C_2H_5}{SO_2C_2H_5}$, der Bequemlichkeit aber, analog dem Methylal, Sulfonal genannt. Es stellt dicke farblose, in 18—20 Theilen siedenden, in mehr als 100 Theilen kalten Wassers lösliche Prismen dar; in Alcohol, Aether, Benzol, Chloroform lösen sie sich leichter. Schmelzpunct 130—131° C, Siedepunct unter geringer Verkohlung 300° C. Das Sulfonal ist gegenüber den stärksten Agentien sehr widerstandsfähig, concentrirte NO_3, Aqua regia, Chlor, Brom und Aetzalkalien bleiben selbst in der Wärme ohne Einfluss; es ist geruch- und geschmacklos. Nach den Erfahrungen von Kast (l. c.) und Rabbas (Berlin. klin. Wochenschr. 1888, № 17) sowie der Verfass. geben Gaben von 1,0 bei sogen. nervöser Schlaflosigkeit ½—1 Stunde nach dem Einnehmen tiefen erquickenden Schlaf, 2,0 wirken noch sicherer. Das Mittel wirkt auch, im Gegensatze zu andern Hypnoticis auch mitten in der Nacht gereicht, gut; Herzkrankheiten bieten keine Contraindication. Hauptbedingung für eine gute Wirkung ist absolute Reinheit des Präparats, wobei besonders auf den oben angegebenen Schmelzpunct und den Mangel an Geruch und Geschmack Rücksicht genommen werden muss, da nach Baumann durch eine geringe Verrückung des Schmelzpuncts das Präparat unwirksam wird; man thut deshalb wohl, bis auf Weiteres sich des Ausdrucks «Sulfonal (Bayer)» beim Verordnen zu bedienen. Hz.

Prof. Ljubimow (Kasan): Ueber Borofuchsin. (Med. Obsr. № 3).

Bekanntlich behauptete Ehrlich[1]), dass die Hülle der Tuberkelbacillen nur von alkalischen Lösungen durchdrungen werden könne und ist diese Ansicht, trotz der gegentheiligen Behauptung Ziehls[2]) bis jetzt die herrschende geblieben. Ref. übergeht die in dieser Abhandlung angeführten Methoden der Tinction von Tuberkelbacillen als bekannt und führt nur das als Ausgangspunct der Ljubimowschen Untersuchungen dienende Ziehl'sche Verfahren an. Sein Färbemittel besteht aus 5,0 Carbolsäure, 1,0 Fuchsin, 10 Cc. Alcohol und 10 Cc. destillirten Wassers; entfärbt werden die Präparate durch verdünnte (1: 5) SO_3. Ljubimow hat nun Versuche mit sauren Fuchsinlösungen hinsichtlich der Färbung von Tuberkelbacillen angestellt und zwar mit Acid. boric., salicylic., benzoic. und formicicum, und hat ausgezeichnete Resultate mit *Borofuchsin* erhalten, das folgendermassen zusammengesetzt ist. Fuchsini (von Rubin) 0,5, Acid. boric. 0,5, Alcoholis absoluti 15,0, Aqu. destillatae 20,0. In eine reine Schale wird in die abgemessene Menge Wassers die Borsäure geschüttet, dann der Alcohol zugesetzt, wodurch sich die auf dem Wasser schwimmenden Borsäurekrystalle lösen und endlich das Fuchsin unter Umschütteln hinzugefügt. Diese Flüssigkeit ist schwach sauer, durchsichtig, dem Verderben nicht ausgesetzt und braucht vor ihrer Benutzung nicht filtrirt zu werden. Die auf dem Deckgläschen eingetrockneten Sputa färben sich beim Erwärmen des Borofuchsin auf der Gasflamme in 1—2 Minuten; entfärbt wird mit verdünnter (1:5) SO_3. Das aus der Färbeflüssigkeit entfernte Gläschen wird mit Alcohol abgespült und auf ½ Minute in eine concentrirte alcoholische Lösung von Methylenblau gelegt, die überflüssige Farbe mit Wasser abgespült und das Gläschen getrocknet; untersucht wird das Präparat entweder in Ol. ligni cedri oder in Canadabalsam, welcher in Hylol gelöst ist (3: 1). Aehnlich wird mit Schnitten verfahren, nur dass die Methylenblaulösung mit der dreifachen Menge destillirten Wassers verdünnt wird, worin sie ½—1 Minute verweilen. Sehr schön erscheint die Färbung, wenn Sputa oder Schnitte 24 Stunden in Borofuchsin verweilen und dann wie oben

[1]) Ehrlich: Bacillus der Tuberculose. (Allg. Med. Centralz. 1882 № 37. p. 458).

[2]) Ziehl: Zur Färbung des Tuberkelbacillus. (Deutsch. Med. Wochenschr. 1882. № 33).

ngegeben, bearbeitet werden. Auch Leprabacillen färben sich bei dieser Methode vorzüglich, besonders nach 24-stündiger Färbung, nur müssen sie in der SO_2lösung nur einige Augenblicke gehalten werden, bis die schwarzbraune Färbung gelbbraun wird; eine längere Einwirkung der SO_2 entfärbt die Bacillen der Lepra, wodurch *sie* sich von denen der Tuberculose unterscheiden. Hz.

Martins: Ueber normale und pathologische Herzstossformen. (D. med. W. № 13).

Darüber ist Alles einig, dass der Herzstoss mit der Systole ventriculorum zusammenfällt, und dass er nur ein stärkeres sich Andrängen des erhärtenden Herzens an die Brustwand bedeutet, der Streit beginnt erst mit der Frage der Ursache dieses systolischen Andrängens. Hier giebt es 3 Gruppen von Ansichten: 1) Die Formänderung des Herzens soll an dem Stoss Schuld sein, 2) die Bewegung des Herzens en masse (Gutbrod-Skoda'sche Rückstosstheorie), 3) Compromisstheorien zwischen diesen beiden.

Mittelst einer neuen Methode schärferer zeitlicher Analyse meint Verf. in diese Frage Licht gebracht zu haben, und zwar indem er während der Aufzeichnung des Cardiagramms die Klappenschlüsse, welche sich durch die Herztöne markiren, auf dieselbe berusste Tafel des Kymographions aufträgt. Sehr zahlreiche derartige Versuche haben ganz übereinstimmende Resultate gegeben, und zwar hat sich herausgestellt, dass der Gipfelpunct der Curve des Cardiagramms mit dem Augenblick sich deckt, wo die Semilunarklappen sich öffnen. An einem Kranken hat Verf. dieses Resultat geprüft. Derselbe hatte ein Aneurysma der Aorta ascendens, welches dicht über den Semilunarklappen sass, und im II. Intercostalraum rechts pulsirte. Nahm er nun die Curve dieser Pulsationen gleichzeitig mit der Herzstosscurve auf, so erwies es sich, dass der Gipfel der Spitzenstosscurve haarscharf mit dem Beginn der Pulscurve zusammenfiel. Damit ist der Beweis geliefert, dass der Spitzenstoss vorüber ist mit dem Moment, wo das Einströmen des Blutes in die grossen Gefässe erst beginnt, die Rückstosstheorie ist also unhaltbar. Der Herzstoss umfasst die Zeit, wo beide Klappensysteme geschlossen sind, also das systolisch sich erhärtende und gleichzeitig seine Form, aber noch nicht sein Volum verändernde Herz ist es, welches den Herzstoss erzeugt.

Herzfehler, welche mittelst dieser acustischen Markirmethode der Untersuchung unterzogen wurden, ergaben Folgendes: Bei Mitralinsufficienz fand sich ein völlig normales Cardiagramm. Dieses überraschende Ergebniss erklärt sich dem Verf. dadurch, dass dabei der Brustwand ja nicht der linke, sondern der rechte Ventrikel anliegt, welcher völlig normal functionirt.

Die Veränderungen bei Mitralstenose, Aortenstenose und Aorteninsufficienz sind ohne Curven nicht zu referiren und seien daher im Original einzusehen, bei letzterer, der Insufficienz nämlich, ergab sich übrigens, dass die Füllung des diastolisch erschlaffenden und schlaff gewordenen Ventrikels unter Aortendruck erfolgt, also fast explosive Aufblähung eintritt, eine Art diastolischen Stosses. Max Schmidt.

O. Binswanger (Jena): Ueber die Beziehungen des moralischen Irreseins zu der erblich degenerativen Geistesstörung. (Volkm. Samml. klin. Vortr. № 299).

B. geht von der nicht zu leugnenden Thatsache aus, dass die Bezeichnung moralisches Irresein, «moral insanity» viel Verwirrung und Missdeutung hervorgerufen hat. Wo sich neben unmoralischen Handlungen noch Zeichen krankhafter Geistesthätigkeit nachweisen liessen, half bei vielen Aerzten die Bezeichnung: moralisches Irresein über alle Schwierigkeiten der Diagnose hinweg. Es können aber *alle* Geistesstörungen, welche entweder aus einer defecten geistigen Veranlagung entstehen oder in ihrem Verlauf zur Zerstörung der geistigen Fähigkeiten führen, das Symptomenbild des moralischen Irreseins erzeugen. Dieser Defect ist aber als Schwachsinn zu bezeichnen und das moralische Irresein ist nach B. daher *nur eine Spielart des Schwachsinns.*

B. bespricht nun zunächst die erworbenen Schwachsinnszustände dieser Art. Während bei angeborenem geistigen Defect die Anbildung altruistischer Gefühle und Vorstellungen fehlt oder nur rudimentär ermöglicht ist, erleiden bei erworbenem Schwachsinn diese Gefühle und Vorstellungen in erster Linie Schaden.

Die angeborene Schwachsinnsform mit hervorstechender moralischer Perversität bildet nur einen Theil jener vielgestaltigen Gruppe von Krankheitserscheinungen, welche B. mit anderen Autoren als erbliche degenerative Geistesstörung bezeichnet. Mit der Erblichkeitsfrage und der Diagnostik der erbl. degen. Geistesstörung beschäftigen sich die weiteren Ausführungen des Vortrages, wobei drei interessante Stammbäume und eine ausführliche instructive Krankengeschichte zur Mittheilung gelangen. Die praktischen Ergebnisse seiner Auseinandersetzungen fasst B. in den Sätzen zusammen: dass man in Zukunft erstens den englischen Ausdruck «moral insanity» ganz meiden sollte; dass man zweitens alle erworbenen moralischen Irreseinsbilder einfach auf ihre Grundformen zurückführen und sie nach den Krankheitsformen, denen sie zugehören, benennen sollte und dass drittens der angeborene moralische Schwachsinn der erblich degenerativen Geistesstörung untergeordnet werden sollte.

Es sei hier erwähnt, dass auch Mendel (auf dem internationalen Congress zu Washington, 1887) den Vorschlag gemacht hat, die moral insanity als Krankheitsform ganz aufzugeben und diese Bezeichnung demgemäss auch in der forensischen Praxis zu vermeiden. Ref. glaubt diesem Vorschlag, der sachlich wohl begründet in praxi die Verständigung zwischen Richtern und Aerzten oft erleichtern wird, durchaus beitreten zu sollen. Mercklin.

J. J. de Azavedo Lima: Mittheilungen über das Leprahospital in Rio de Janeiro. (Monatshefte für praktische Dermatologie. Band VI. № 6. 1887).

Verf. giebt einige kurze interessante historische Notizen über die Lepra in Brasilien, aus denen ersichtlich ist, dass gegen diese im vorigen Jahrhundert daselbst sehr verbreitete Krankheit bis zum Jahre 1763 fast gar keine Maassregeln ergriffen wurden, erst der Vicekönig Graf *da Cunha* erwirkte von der Regierung ein verlassenes Jesuitenkloster mit umliegenden Ländereien, welches den Leprösen überlassen wurde und allmälig ausgebaut das jetzige Leprahospital repräsentirt. Nachdem er eine Beschreibung der Localitäten gegeben (vollständig isolirte Räume für beide Geschlechter, Kapelle, Schul- und Speisezimmer etc.), macht er die Bemerkung, dass früher die Absonderungsmaassregeln sehr strenge waren und jeder Lepröse gezwungen war, sich aufnehmen zu lassen, falls es ihm seine Mittel nicht erlaubten sich selbst im eignen Hause zu verpflegen, und weiterhin, dass die Krankheit in Rio abgenommen zu haben scheint, da man jetzt nur selten Lepröse auf den Strassen sieht, während die Stadt früher als Aussatzherd galt. Leider existirt in Rio keine Statistik, (um so weniger also wahrscheinlich in den übrigen Theilen des Landes. Ref.); er schätzt die Leprösen Rio's auf ungefähr 200. Die grösste Verbreitung der Lepra hat die Provinz São Paolo und Minas; in fast allen Provinzen existiren Leproserien, natürlich von dem verschiedensten Maassstabe. Die Krankenfrequenz in Rio betrug in den Jahren 1872—1886 230 — Weisse 55, Schwarze 39, Mischlinge 58. Alter 8—80 Jahre. Dauer der Krankheit je nach der Form; — die anästhetische lieferte einen Fall der 65 Jahre dauerte, Patient, ein Neger, starb mit 105 Jahren; mehrere von 32 Jahren. Die tuberöse Form läuft durchschnittlich in 8—10 Jahren ab. Vererbung konnte *nirgends* constatirt werden (auch die angeführten Fälle, wo eine solche nach Verf. vielleicht in Frage kommen könnte, darunter ein Fall von Lepra bei einem 14 monatlichen Kinde einer leprösen Mutter, sind durchaus nicht beweisend. Ref.). Auch Verfasser spricht sich entschieden für Isolirung der Kranken aus, die das einzige Mittel ist um die Krankheit für die Bevölkerung unschädlich zu machen. Der kleine Aufsatz verdient, zumal jetzt, wo auch bei uns die Leproserienfrage hoffentlich einer glücklichen Lösung entgegen geht, entschiedenes Interesse. E. K. (Qu.)

W. P. Kurtschinsky: Zur Therapie der Diphtherie und Anginen. (Wr. № 8 sq.)

Verf. empfiehlt sehr warm die Anwendung des Liqu. ferri sesquichlorati in folgender Weise. Von der Mixtur (Rp. Liqu. ferri sesquichlor. ℈ij, Glycer. puriss. ℥β, Aq. destill. ℥VI. MDS.) wird zweistündlich ganz kleinen Kindern $\frac{1}{2}$ Theelöffel voll, etwas grössern ein ganzer und Erwachsenen ein Dessertlöffel voll gegeben. Zuweilen hat Verf. die Mixtur noch häufiger verordnet. Es kommt ihm dabei auf die Contactwirkung des Eisens mit den Rachentheilen an. Daneben roborirende Diät, Chinin und Cognac. Bei dieser Behandlungsweise hat er in 56 Fällen — 10,7% oder nach Ausschluss einiger zu eliminirender Fälle, doch ein wenig gezwungen, 1,9% Todesfälle gehabt. Verf. wendet diese Therapie bei allen Affectionen des Rachens und der benachbarten Gebiete an und verspricht sich die besten Erfolge wegen der Einfachheit der Behandlung besonders in der armen und in der Landbevölkerung. N.

F. F. Fagonsky: Die Behandlungsmethoden der unterbundenen Nabelschnur. (Wr. № 11.)

Verf. hat es in der Gebäranstalt des Moskauer Findelhauses unternommen, die verschiedenen Nachbehandlungsmethoden der abgebundenen Nabelschnur zu controlliren. Mit Bezugnahme auf die P. Liborius'sche Untersuchung über die Desinfectionskraft der Kalkverbindungen entschied er sich für eine Gypsbehandlung (antiseptische Abnablung, Reinigungsbad, Bepuderung des Nabelrings mit Gyps und Einwickelung der Nabelschnur in Watte mit *kleinen Quantitäten* Gyps), die sich sehr bewährt hat. Eine beiliegende Controlltabelle mit andern Behandlungsweisen, wie Talk, das Runge'sche Gemisch (1:5 Ac. salicyl. oder 1:3 Ac. boric. mit Kartoffelmehl) und einfache Einwickelung in hygroskop. Watte, illustrirt in anschaulichster Weise die Ueberlegenheit dieser Methode den andern gegenüber, bezüglich Schnelligkeit des Abfallens des Nabelschnurrestes, wie der Asepsis. N.

Vermischtes.

— Soeben geht uns aus Berlin die Nachricht zu, dass der frühere Professor der Chirurgie an der Universität Dorpat, Wirkl. Staatsrath Dr. Georg Adelmann, daselbst am 3./15. Juni nach kurzem Leiden verschieden ist. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir nächstens.

— Dem Professor der militär-medicinischen Academie, Wirkl. Staatsrath Dr. B. Tarnowski, ist der *St. Stanislaus-Orden I. Classe verliehen* worden.

— Am 26. Mai beging der Medicinal-Inspector der Anstalten der Kaiserin *Maria*, Wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Bubnow, in häuslicher Stille sein *25-jähriges Dienstjubiläum*. Von den Aerzten des Ressorts der Anstalten der Kaiserin *Maria* in Petersburg und Moskau, sowie von denen des hiesigen Marienhospitals wurden dem Jubilar aus diesem Anlass Adressen und werthvolle Albums mit Photographien der Aerzte überreicht. — Dr. Bubnow hat seine medicinische Ausbildung auf der Moskauer Universität erhalten, wo er i. J. 1863 den Cursus absolvirte und dann Militärarzt wurde. Später wurde er dem verstorbenen Prinzen Peter von Oldenburg als Arzt attachirt und fungirte zugleich als Arzt an der Rechtsschule und Vicedirector des Medicinaldepartements. Den Posten eines Medicinalinspectors der Anstalten der Kaiserin *Maria* bekleidet B. erst seit dem Januar 1887.

— Im Odessa'schen Stadthospital wurde am 17. Mai das *25-jährige Bestehen der besonderen Abtheilung desselben für Krankheiten des Uro-Genitalsystems* gefeiert. Dr. T. Wdowikowski, welcher seit Anbeginn dieser Abtheilung vorsteht, hat im Laufe von 25 Jahren mehr als 700 Blasensteine extrahirt.

(Nachrichten d. Od. Stadtverw. — Wr.).

— Das Medicinaldepartement hat die Medicinalverwaltungen beauftragt, *den Apotheken das Ablassen von Cocain und Antipyrin ohne ärztliche Verordnung und ohne Recept auf's strengste zu verbieten*. (Russ. Med.).

— Die hiesige *russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft* hat die Professoren Dr. A. Krassowski und Dr. A. Ebermann zu ihren *Ehrenmitgliedern gewählt*.

— *Verstorben*: 1) In *Clausenburg* der Professor der physiologischen und pathologischen Chemie an der dortigen Universität, Dr. Joseph Ossikovszki im 48. Lebensjahre. 2) In Prag ist der Assistent des dortigen tschechischen pathologisch-anatomischen Instituts, Dr. Carl Kilcher, das Opfer eines Experimentes geworden. Derselbe hatte, behufs wissenschaftlicher Erprobung an sich selbst, Blut von einem an Flecktyphus Verstorbenen zu sich genommen, worauf er an Blutvergiftung starb. 3) In Prag Prof. Dr. M. Karner, früher Badearzt in Teplitz-Schönau, im 60. Lebensjahre.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 29. Mai d. J. 5784 (59 weniger als in der Vorwoche), darunter 417 Typhus- (1 mehr), 491 Syphilis- (11 mehr), 33 Scharlach- (6 weniger), 84 Masern- (6 mehr), 18 Diphtherie- (8 mehr) und 12 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 5. Juni d. J. 5678 (106 weniger als in der Vorwoche), darunter 354 Typhus- (63 weniger), 490 Syphilis- (1 weniger), 94 Masern- (10 mehr), 32 Scharlach- (1 weniger), 16 Diphtherie- (2 weniger) und 10 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

— Der Präsident des Medicinalraths, Prof. emer. Dr. Zdekauer, hat anlässlich seines 50-jährigen Jubiläums der hiesigen militär-medicinichen Academie ein Capital von 6000 Rbl. übergeben, aus dessen Zinsen ein *Stipendium* an einen Studirenden des I. und II. Cursus vergeben werden soll. Söhne von Aerzten sollen den Vorzug geniessen.

— Der greise Anatom Prof. Joseph Hyrtl gedenkt, wie er der Wiener medicinischen Facultät mitgetheilt, *sechs Stipendien für mittellose Medicinstudirende an der Wiener Universität*, und zwar ohne Unterschied der Nationalität und Confession, zu stiften.

— Der russische Generalstab hat einen *Preis von 1000 Rbl.* ausgesetzt für einen *Sanitäts-Passagier-Waggon mit möglichst einfachen Vorrichtungen zum Unterbringen und Transportiren von Verwundeten auf weite Entfernungen*. Die Projecte müssen bis zum 1. October d. J. der Abtheilung für Beförderung der Truppen beim Stabe vorstellig gemacht werden.

— Um *Zähne schmerzlos zu extrahiren*, empfehlen Hénoque und Frédet Zerstäubung von Aether in der Umgebung der äussern Gehöröffnung. Die Anaesthesie, welche durch die Einwirkung des Spray auf die Ausbreitung der Trigeminusäste bewirkt wird, soll hinreichen, Zähne schmerzlos auszuziehen.

(Therap. Monatsh. — Med.-chir. Rundsch.).

— Fournier theilt folgenden traurigen Fall von *Infection mit Syphilis durch eine syphilitische Amme* mit: Dieselbe steckte den Säugling an, von diesem ging die Syphilis auf 4 Personen über, die mit der Wartung des Kindes zu thun hatten. Die Mutter inficirte ihren Gatten und abortirte bei der nächsten Gravidität.

— *Formeln für intranasale Insufflationen gegen Keuchhusten*

1) *Chinin*.

Michael: Chinin. muriat. 1,0, Acid. benzoici 3 Theile.

Bachem: Chinin. muriat. 1,0, Pulv. resin. benzoës 4 Theile.

Legroux: Chinin. muriat. 2,0, Pulv. resin. benzoës 8,0.

2) Acidium boricum.

Guerder: Acid. borici pulver., Fabae coffeae tost. pulver. āā.

3) Bismuthum subnitricum.

Cortaz: Bismuth. subnitric. 2, Pulv. resin. benzoës 1 Theil.

4) Salicylsäure-Präparate.

Mozard: Bismuthi salicylici, Pulv. resin. benzoës āā 5,0 Chinin. sulfur. 1,0 Th.

Berriat: Natri salicylici, Pulv. resin. benzoës āā 5,0, Chinin. sulfur. 1,0 Th.

(Rev. de clin. et de thérap. № 9) Hz.

— Peyraud (Bordeaux) hat der Pariser «Académie des sciences» eine neue *Methode der präventiven Tollwuthimpfung* vorgelegt. Es soll P. gelungen sein, Kaninchen durch subcutane Injection weniger Tropfen von Oleum Tanaceti, dem ätherischen Oele des Rainfarn (Tanacetum vulgare) gegen eine nach Tagen oder Wochen erfolgende Einspritzung von Rabiesgift immun zu machen. P. ging dabei von der Beobachtung aus, dass Thiere, welche man mit Oleum Tanaceti vergiftet hat, ganz ähnliche Erscheinungen darbieten, wie solche, die an der Tollwuth erkrankt sind; dennoch sei eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden, dass das Lyssaptomaïn chemisch dem Rainfarnöl ähnele; möglich also, dass geringe Dosen dieses Präparates, ähnlich wie die Einspritzungen abgeschwächten Lyssagiftes in den Pasteur'schen Versuchen, einen Schutz gegen spätere Tollwuthimpfung gewähren. (Wiener med. Presse).

— Die *französische Gesellschaft gegen den Tabaksmissbrauch* hat folgende *Preise* ausgeschrieben: 1) *Preis von 300 Francs* für den Arzt, welcher am meisten Heilungen von Nicotinaffectionen durch Verzicht auf den Tabak nach Hypnose und Suggestion berichtet. 2) *Preis, bestehend in medicinischen Werken im Werthe von 200 Francs und einer vergoldeten silbernen Medaille* für mindestens 4 noch nicht veröffentlichte, genau beschriebene Beobachtungen von Affectionen nach Tabaksmissbrauch. — Detaillirte Prospecte sind durch den Präsidenten der Gesellschaft, Paris, Rue Jacob 38, zu erhalten.

— Von der *Barcelonaer Academie der Medicin und Chirurgie* ist der *Gari-Preis* im Betrage von *1500 Mark für die beste Arbeit über die Pathogenese der Gonorrhoe* (klinische Formen, Complication, Prophylaxe, mit Zeichnungen) ausgesetzt. Die Arbeiten müssen in spanischer, französischer oder italienischer Sprache verfasst sein und sind, mit dem üblichen Motto versehen, *bis zum 30. Juni 1889* bei der Academie einzureichen.

— In *Frankreich* ist nach einem Berichte der «Semaine médicale» *die Zahl der Selbstmorde* in steter Zunahme begriffen. Während die Zahl der Selbstmorde in den Jahren 1871 bis 1875 durchschnittlich jährlich 5276 betrug, stieg sie in den Jahren 1876—1880 auf 6259, im Jahre 1881 auf 6741, im J. 1882 auf 7123, im J. 1883 auf 7267, im J. 1884 auf 7572, im J. 1885 auf 7902 und im Jahre 1886 auf 8187. Auf 100,000 Einwohner entfallen 21 Selbstmorde oder 1 Selbstmord kommt auf 4668 Einwohner. Die relativ grösste Zahl der Selbstmorde ereignete sich im Seine-Departement — 18% der Gesammtsumme. Auf das männliche Geschlecht entfielen 79%, auf das weibliche 21%. Das grösste Contingent liefern Ackerbauer — 32%, dann folgen Arbeiter — 29%, Kaufleute, Fabrikanten — 15%, Hausbesitzer, Rentiers, freie Professionen — 12%, Dienstleute — 6%, Beschäftigung unbekannt — 8%. Die meisten Selbstmorde fallen in den Frühling — 31% und Sommer — 26%; in den Winter fallen 22% und in den Herbst 21%. Am häufigsten wurde der Tod durch Erhängen (42%) und Ertrinken (28%) gewählt. Die häufigsten Ursachen des Selbstmordes waren Gehirnkrankheiten (28%), physische Leiden (18%) und materielle Gründe (15%). (Wiener med. Presse).

— Dr. Valude, welcher an den Leichen des Hospital Hôtel-Dieu zu Paris *über den spontanen Schluss der Augenlider nach dem Tode* Untersuchungen angestellt hat, fand unter 100 Leichen, dass circa 10% gestorben waren mit geschlossenen Augen, bei den Uebrigen waren die Augen mehr oder minder offen. Von den Leichen mit offenen Augen blieb bei 42% dieser Zustand in den nächsten Tagen unverändert, bei 46% zeigte sich eine Neigung der Augenlider, sich mehr oder minder vollkommen zu schliessen. Die Erweichung des Augapfels scheint hierauf nicht von Einfluss zu sein. Eine allgemeine Regel für den postmortalen Lidschluss lässt sich nicht angeben. Es scheint, als ob corpulente, an Asphyxie gestorbene Personen die Augen geschlossen haben, während magere, kachektische Personen eher offene Augen behalten. Ob die Augen einer Leiche in natürlicher Weise geschlossen sind oder künstlich von Anderen geschlossen worden sind, ist nicht schwer zu erkennen, da man nämlich die Spuren des Fingerdrucks nachweisen kann.

(Annales d'Hyg. — Schmidt's Jahrbb. — Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— Der englische Chirurg Mayo Robson empfiehlt das *Natronsalz der Kieselfluorwasserstoffsäure als wirksames Antisepticum*, das allen Anforderungen entspricht. Dasselbe ist stark antiseptisch und doch ungiftig, reizt nicht die Haut und das Gewebe, ist nicht flüchtig, ist haltbar und billig. R. hat dasselbe nicht nur in einer grossen Reihe von chirurgischen Operationen und zwar meist in Lösung von 1:500, zu Ausspülungen der Brust- und Bauchhöhle etc. in Lösung von 1:800, sondern auch zu Ausspülungen des Uterus, des Magens, der Blase, als Injection bei Gonorrhoe, als Gargarisma bei Diphtherie etc. mit bestem Erfolge angewandt. Auch in der geburtshilflichen Praxis hat sich das Silicofluornatrium zweckdienlich erwiesen; dasselbe ist ferner ein sehr gutes Desodorans und daher auch zum Desinficiren der Hände sehr brauchbar. Porzellan und Stahlinstrumente werden durch die Lösung angegriffen, doch wird die Einwirkung auf Stahl durch Zusatz von doppeltkohlensaurem Natron abgeschwächt. Robson will in Zukunft zwar für die gewöhnlichen chirurgischen Operationen noch das Sublimat verwenden, für alle Fälle jedoch, wo Gefahr der Resorption besteht, wie bei Ausspülen von Höhlen, das Silicofluornatrium.

(Pfälz. Vereinsbl. — Münchener med. Wochenschr. — Allg. med. Ctrl.-Ztg.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 22. bis 28. Mai 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
352	247	599	105	63	118	17	9	19	54	50	38	49	38	21	16	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 57, Scharlach 9, Diphtherie 7, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 7, Alcoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 70, Todtgeborene 27.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohner-zahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	20.—26. Mai	2278	27,6	—	1361	16,6
Paris . . .	2 260 945	20.—26. Mai	1039	23,7	96	939	21,6
Brüssel . .	181 270	13.—19. Mai	82	23,5	4	74	21,2
Stockholm .	221 549	13.—19. Mai	156	32,0	6	93	21,8
Kopenhagen	300 000	23.—29. Mai	226	41,1	8	124	22,1
Berlin . . .	1 414 980	20.—26. Mai	858	33,2	44	495	18,2
Wien . . .	800 836	20.—26. Mai	585	37,9	32	497	32,2
Pest . . .	442 787	13.—19. Mai	319	37,4	11	302	35,5
Warschau .	444 814	20.—26. Mai	498	58,0	19	479	53,5
Odessa . .	268 000	20.—26. Mai	—	—	9	91	17,7
St. Petersburg	861 303	27. Mai—2. Juni	457	27,6	21	606	36,7

Довв. ценз. Спб. 10. Іюня 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 25. **St. Petersburg, 18. (30.) Juni** **1888.**

Zur Therapie der chronischen bacillären Lungenschwindsucht[1]).

Von
Dr. A. Worms (Riga).

Die Curmittel, deren wir uns zur Zeit bei der Behandlung der chronischen bacillären Lungenschwindsucht vorzugsweise und nicht ohne Erfolg bedienen, sind bekanntlich: der reichliche Genuss der reinen Aussenluft und die forcirte Aufnahme kräftigender Nahrungs- und einiger Genussmittel. Durch Beides bezwecken wir den Stoffwechsel anzuregen und zu regeln, die allgemeine Körperernährung zu heben, die Widerstandskraft des Organismus gegen alle ihn treffenden Schädlichkeiten zu stählen. Wer dem Tuberkelbacillus eine pathogenetische Bedeutung für die Phthisis beilegt, der strebt auf diesem Wege speciell die Wehrfähigkeit der thierischen Zellen gegenüber den eingewanderten pflanzlichen Zellen, durch Umformung der Beschaffenheit und Thätigkeit aller Organtheile zu einer physiologisch normaleren, zu heben. In welcher Art sich die Activität der ersteren, deren lebendige Reaction keinem Zweifel unterliegt, abspielt, ist Hypothese. In nicht unbedeutendem Grade dürfte der Entlastungsprocess von den pathogenen Keimen in den phthisischen Lungen jedoch ein mehr passiver sein, der darin besteht, dass sich unter dem Gebrauche jener hygienischen Curmittel der umformende pathologische Nährboden für sie sterilisirt, dass die feindlichen Eindringlinge durch ungenügende Bewirthung gleichsam zu einem allmäligen Aushungern gebracht werden und dass schliesslich der immer mehr gesundende Körper zu erneuter Infection sich entdisponirt. Wie dem nun auch sein mag, jenes Curverfahren, welches wir einschlagen, ist jedenfalls ein, die organische Noxe nur *indirect* angreifendes. Uns fehlt aber hier wie bei allen anderen Infectionskrankheiten die Möglichkeit, die Träger der Ansteckung im Körper direct therapeutisch zu beeinflussen, ohne diesem selbst Leid anzuthun. Vielleicht, dass die Einverleibung so sehr grosser Gaben von Kreosot, wie sie jüngst Sommerbrod[2]) empfohlen hat und wie er meint, durch Durchtränkung der Körpergewebe mit diesem Stoff hindernd auf die Entwickelung der Tuberkelbacillen zu wirken, ein selten glücklicher Griff nach dieser Seite hin sein könnte, wenn auch nach den Versuchen P. Guttmann's[3]) Gaben von 60 Ctgr. pro die den Geweben noch keinen so genügenden Gehalt von Kreosot geben, um das Wachsthum der Bacillen beeinflussen zu können.

Berücksichtigt man die von fachmännischer Seite geprüften und festgestellten Lebenseigenschaften und Entwickelungsbedingungen der uns beschäftigenden Bacillen, so will es mich schon seit geraumer Zeit dünken, dass sich in einer bestimmten physikalischen Beschaffenheit der *Athmungsluft*, und zwar in der *Temperatur* derselben, ein Factor finden lassen dürfte, der dem Krankheitserreger im Körper selbst *direct* feindlich ist und der dieserhalb einer grösseren Ausnutzung, wenigstens des Versuches eines gesteigerten Gebrauches werth erscheint. Hierauf die Aufmerksamkeit der Fachgenossen zu lenken und ihrer Erwägung die Frage zu unterbreiten, obgleich *nur* die Erfahrung sie spruchreif machen kann, ist der Zweck dieser Zeilen.

In Betreff der biologischen Eigenschaften des Tuberkelbacillus bemerkt z. B. Fränkel in seinen «Grundrissen der Bacterienkunde», dass er sich «durch eine hochgradige Empfindlichkeit gegenüber den umgebenden Verhältnissen auszeichnet, dass er ausserordentlich wählerisch in Hinsicht auf den Nährboden, von sehr geringer Wachsthumsenergie, dass er namentlich auf besonders *enge* Grenzen der Temperatur angewiesen ist. Unter 30° kommt er durchaus nicht mehr zur Entwickelung, ebenso wenig über 42°. Sein Optimum liegt fast genau bei 37,5° und schon *geringe* Abweichungen hiervon finden in einem deutlich mangelhaften Gedeihen ihren Ausdruck». Seine Dauerformen sind natürlich weit widerstandsfähiger, als die vegetativen Formen, doch auch sie sollen kaum ein halbes Jahr lang ihre Virulenz bewahren können.

Ist nun hiernach nicht die eine der angeführten wesentlichen Entwickelungsbedingungen der Tuberkelbacillen ein Fingerzeig für uns Aerzte den Versuch zu machen, gerade an diesem wunden Puncte einen unserer therapeutischen Hebel anzusetzen? Ich meine nämlich, dass es möglich

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten in der Gesellsch. prakt. Aerzte zu Riga am 2. März 1888.

[2]) Berl. klin. Wochenschrift № 52. 1887.

[3]) Zeitschrift für klin. Medicin XIII.

wäre, in der *Kälte der Athmungsluft*, in der möglichst niederen Temperatur derselben ein *directes, antibacilläres Mittel* zu finden, durch welches, geraume Zeit andauernd angewandt, die Fortentwickelung der Krankheitskeime in den phthisischen Lungen vielleicht behindert werden könnte. Es liegt, in diesem Falle, denke ich, nicht viel ferner dasselbe durch kalte Athmungsluft für den Schwindsüchtigen erreichen zu wollen, was Gerhard[4]) durch Eisumschläge beim Lupus gegen denselben Infectionsträger zu erzielen bezweckt und erzielt zu haben vermeint.

Sollte nun in der That der kalten Luft die eben erwähnte Fähigkeit inne wohnen, so fänden wir in ihr ein *doppelt* wirksames Mittel, ein die Lebensbedingungen der Tuberkelbacillen der Schwindsüchtigen *mittel- und unmittelbar* untergrabendes. Was jede der einzelnen Kräfte für sich allein vielleicht noch nicht zu Stande zu bringen vermag, könnten sie vereint, indem sie zu einer die Krankheit bewältigenden Macht heranwachsen. Von grösster Wichtigkeit zur Erledigung der aufgeworfenen Hypothese ist die Frage, auf der jene basirt: ob überhaupt und wie weit die Temperatur in den Lungen durch die Einwirkung einer kalten Luft herabgesetzt werden kann. Soweit mir bekannt, liegen darüber keine Versuche vor. Denkbar dürfte jedoch deren Herabsetzung sein, — ich bezweifle sie nicht. Ich möchte, unwissenschaftlich ausgedrückt, sagen, mein subjectives Kältegefühl in der Tiefe der Brust bei ausgiebiger Einathmung der Luft durch den offenen Mund am kalten Wintertage ist für mich fast beweisend, dass dem so ist. Abgesehen von der directen Wärmeentziehung in den Lungen durch die Kälte der Luft selbst, könnte deren abkühlende Wirkung noch durch die gesteigerte Flüssigkeitsverdunstung von der Lungenoberfläche, gegenüber einer warmen Luft, die mehr Feuchtigkeit als die kältere enthält, unterstützt werden. Bis in die Bronchiolen und die Alveolen den inspiratorischen Luftstrom in eiskalter Form hineinströmend und sämmtliche in gedeckter Position befindlichen feindlichen Ansiedelungen bestreichend, sich vorzustellen, erregt Bedenken. Ungeachtet dessen erscheint es nicht ausgeschlossen, da das schwammige Lungengewebe sich allen Luftröhrenverzweigungen eng anschliesst, jene Endzweige und Herde an der Wärmeabgabe von Seite der grösseren Verästelungen als mehr oder weniger mitbetheiligt aufzufassen. Mindestens würde ein Skeptiker den inficirten Kehlkopf und die grösseren Bronchialäste von einem Kälteeinfluss nicht befreien können. Dass ein grosser Theil der Aerzte die Möglichkeit einer Abkühlung der Lungen annahm und fürchtet, beweist der frühere Gebrauch der Respiratore. Wenn die Maulkörbe der Phthisiker zu Grabe getragen sind, so ist es doch nur geschehen, um den Kranken vor der Einathmung seiner eigenen giftigen Ausathmungsluft zu bewahren; man hat sie dafür aber strengstens auf den Gebrauch ihres natürlichen, vorwärmenden Respirators angewiesen. Selbst der Physiologe scheint an einem tiefen Eindringen der kalten Luft in die Lungen garnicht zu zweifeln, wofür z. B. die Landois'sche[5]) Schriftstelle spricht: «der durch das Cavum pharyngonasale durchstreichende Luftstrom wird beim Inspirium vorgewärmt, damit nicht etwa *eiskalte* Luft die zarte *Lungeninnenfläche* zu sehr reize».

Wer mit allzu leichter, flüchtiger Hand die aufgeworfene Idee abzuthun gedenkt, wozu sie vorläufig noch zu grosse Zähigkeit besitzt, der könnte versucht sein, einen Gegenbeweis darin finden zu wollen, dass die Tuberkelbacillen gerade bei fiebernden Phthisikern, also bei Temperaturen über 37,5°, welche gleich der Abkühlung schädigend auf deren Entwickelung wirken müssten, oft in reichlichstem Maasse anzutreffen seien. Wer so remonstrirt, der verwechselt Ursache und Wirkung des Fiebers. Dasselbe ist zum grössten Theil doch wohl die Folge, nicht die Ursache der rapiden Wucherung der Infectionskeime und mit ihr der retrograden Gewebsmetamorphose, und wenn den Bacillen die erhöhte Temperatur Wochen und Monate hindurch einige Lebenskraft raubt, so mästet sie wiederum, im Gegensatz zu der eingangs erwähnten Aushungerung, der immer mehr und mehr unter dem Fieber pathologisch werdende, sich düngende Nährboden. Keinenfalls vermag dieser Einwand die Sache todt zu machen, denn er lässt ebenso noch die andere und zwar die allein entscheidende Frage offen, ob eine *andauernde* methodische Kältezufuhr zu den Lungen nicht eine verhältnissmässig grössere Erniedrigung der Lungentemperatur ermöglicht, als die meist *re- und intermittirende* Wärmesteigerung beim Fieber der Phthisiker. Das Uebergewicht könnte immerhin der Kälteeinwirkung zufallen.

Ich betone speciell, dass ich einen wesentlichen und andauernden Einfluss durch den urgirten Factor nur dann erwarten würde, wenn er bei nicht gar zu weit vorgeschrittenem phthisischem Processe, womöglich bei den ersten Anzeichen, lange Zeit hindurch fast unausgesetzt systematisch angewandt werden kann und wird, und sind die Anforderungen, die ich dem entsprechend an eine kalte Dauerluftcurstelle, etwa folgende: Im hohen Norden, in unserem nordischen Winter oder auf entsprechenden Höhen südlicher Gegenden hätte der Schwindsüchtige den ganzen Tag hindurch im Freien, vor Wind geschützt, die kalte Aussenluft durch den *Mund* tief einzuathmen, so oft es nur der Zustand des Kranken gestattet, mit Austausch der ganzen vitalen Capacität seiner Lungenluft. Da den Lungen die Vorwärmung der Luft durch das Nasenathmen entzogen werden soll und da die staubfreie Luft im schneeigen Winter keiner Reinigung durch Niederschläge in den Nasenräumen bedarf, ist gerade die Mundathmung anzuempfehlen. Mit der empfohlenen Athmung ist gradatim zu beginnen. Anfangs reizt die kalte Luft etwas, bald jedoch scheint sie, in reichlicherem Maasse genossen, geradezu abstumpfend auf die sensiblen Zweige des Hustennerves, des Laryngeus superior, zu wirken. Der kalten Luft wäre desgleichen während des Tages und der Nacht, wenn auch beschränkt, Einlass zu dem geräumigen Schlafzimmer, in dem keine Polstermöbel oder sonstige Staubfänger sein dürfen, zu gewähren und die Temperatur dort selbst möglichst niedrig zu erhalten. Dennoch muss das Schlafzimmer der zuverlässigeren Durchlüftung wegen und zur Vermeidung des Dumpfwerdens der Luft täglich mässig geheizt werden. Das Bett soll auf das strengste vor Zugluft vom offenen Fenster aus geschützt sein. Praktisch ist es, den ganzen Raum des offenen Fensters mit recht grossmaschigem Zeuge oder einem groben Drahtgeflechte auszufüllen und es aussen, von oben schräg abfallend, zu überdachen — dadurch wird der offene Raum vor Schnee- und Regenniederschlägen bewahrt und trägt die Vorrichtung zur Vermeidung empfindlichen zugartigen Luftdruckes bei Wind im Zimmer bei. Um das Bettzeug nicht durchkälten zu lassen, ist selbiges Tags über in einem warmen Zimmer zu halten und erst dann dem kalten Schlafraum zu übergeben, wenn der Patient zur Ruhe geht. Das Ankleiden und Waschen hat in einem warmen Zimmer stattzufinden. Ein Wärmeverlust von der Körperoberfläche aus, jedes Frösteln oder gar Frieren des Kranken bei Tage oder bei Nacht ist durch warm haltende Kleidung und Umhüllungen vollständig zu verhindern. Sie sind eine conditio sine qua non einer Wintercur. Die Innervation der Blutgefässe des Hautorganes ist ganz besonders bei diesem Curverfahren durch kalte Abreibungen oder dergleichen Proceduren zu erhöhen. Dass reichliche Zufuhr eiweiss- und fettreicher Nahrung und Alcoholgenuss stattzufinden hat, bedarf kaum der Erwähnung. Ausgiebige, nicht übermüdende körperliche Bewegung und Lungengymnastik sind nicht minder selbstverständlich. Geschwächten Patienten, denen das Promeniren der schweren Kleidungsstücke wegen zu sehr erschwert ist, empfiehlt es sich, sie als Ersatz dafür der allgemeinen Massage zu unterwerfen.

Es klingt anmaassend, schon gleich bei einem Vorschlage der Anwendung einer Cur zu einem bestimmten Zwecke, bei

---

[4]) Deutsche med. Wochenschrift № 41. 1885.

[5]) Lehrbuch der Physiologie, pag. 233.

einer Cur, welche als solche noch nicht einmal dem Ei entschlüpft ist, Vorschriften zu geben, in welcher Art sie geübt werden solle. Dem ist nicht so. Sind es doch nur die einfachen Consequenzen der Idee, die der Sache zu Grunde liegt. Sie erheben zudem keineswegs den Anspruch originell sein zu wollen, denn sie weichen ja kaum von dem hier und da bisher gebräuchlichen Verfahren bei der Behandlung der Phthisiker ab, sie verlangen im Grunde nur eine noch weit ausgedehntere Anwendung der kalten Athmungsluft. Vor allem beruhen sie auf selbst Erprobtem, als durchführbar und wirksam Erwiesenem.

Ich verheimliche dabei nicht, dass die eigenen Beobachtungen während dreier Cur-Winter mich die Schwierigkeiten haben kennen gelehrt, welche die Durchführung einer solchen Cur hat. Sie liegen weniger in den äusseren Verhältnissen, als in den Kranken selbst. Es ist in erster Reihe der Mangel an *Willenskraft* und das *Vorurtheil*, mit dem man zu kämpfen hat. Man urtheile selbst unbefangen und vergegenwärtige sich, was es heisst, einen grossen Theil des Jahres, den ganzen Tag hindurch bei einer Kälte von 10°, 15° und mehr Graden, in Pelze und sonstige Kleidungsstücke gehüllt, die Einförmigkeit der todten Natur vor sich habend, der Möglichkeit einer jeden Beschäftigung mit Ausnahme Lesens, welches im Freien der Blendung und des Kältereizes der Augen wegen auch nicht dauernd vertragen wird und aus Mangel an Gesellschaft, wenigstens im Privathause, jeder mündlichen Unterhaltung enthoben zu sein. Die Unthätigkeit und die maasslose Langeweile sind in der That im Stande zuweilen den Blick nach Rothenberg hinschweifen zu lassen. Wem ist nicht endlich das, die Energie erst recht lähmende Vorurtheil bekannt, welches fast ein Jeder in unserer Heimath vor der eigenen Heimathsluft hat? Nur jenseits der Grenze, und wenn auch nur eine Nasenlänge über dieselbe hinaus, glaubt der Laie gleich die geistige, heilende Luft zu athmen und nun soll noch gar die ordinäre Winterkälte, die höchstens für einen Bauern passen mag, nicht etwa die Wärme der herrlichen Riviera ein Heilmittel für die «zarte» kranke Lunge sein. Ferner fehlt bekanntlich dem Kranken meist der stählerne Wille vollständig gesunden zu wollen, desgleichen die vollste Erkenntniss dessen, dass die Schwindsucht heilbar ist, dass sie aber ein chronisches, meist durch Jahre und Jahre sich hinziehendes, ein nur allmälig getilgt werden könnendes, häufig nur Pausen der Besserung zeigendes Leiden ist und dass er dieserhalb, namentlich so lange er noch «bei Fleisch» zu erhalten ist, nie verzagen darf und dass er sich sogar bei scheinbarem Geheiltsein doch noch immer eine Zeitlang chronischen Luftcuren zu unterwerfen hat. Dessen ist der Kranke auch kaum je eingedenk, ob er den Winter in Arco, Meran oder der Riviera oder hier im Norden zubringt, dass die Curerfolge hier wie dort von der Gunst oder den Ungunstverhältnissen des Jahres abhängig sind. Er ist daher unbillig in der Beurtheilung, wenn einmal ein nordischer Winter nicht mit so eisiger Hand vom Schöpfer geboten wird, wie der Arzt es von ihm zum Besten seines Kranken erhoffte und der erwartete Erfolg ausbleibt. Je härter und je abweichender eine Behandlungsart von den bisher im Gange gewesenen ist, eines um so grösseren inneren Haltes bedarf das zu bearbeitende Material und eines um so grösseren ärztlichen Maasshaltens mit den in Aussicht zu stellenden Erfolgen, will man dieselbe im Publicum vor einem vorzeitigen, unberechtigten Fiasco bewahren.

Die *kalten Wintercuren* der Schwindsüchtigen sind uns Aerzten ja durchaus nichts Neues, gar Mancher empfiehlt sie sogar z. B. in Davos mit besonderer Vorliebe. Die Motive der Empfehlung fussen aber auf *theoretischen Erwägungen anderer Art*, als wie ich sie, speciell in Betreff der Kälte vorzubringen gewagt habe: Die *Kälte der Athmungsluft* galt bisher in jenen Verordnungen eigentlich nur als eine Zuthat, die der Phthisiker mitzunehmen gezwungen war, — sie war mehr der verwundende Dorn der Rose, nicht der Duft der Blüthe, welche er zu tragen hatte. K a s z o r o w s k i[6]) (Posen) berührt dieser Ausspruch nicht, da er schon 1879 «die kalte Luft (selbst frostige) zur Abkühlung oder Desinfection von Kranken als antiphlogistisches, antipyretisches Mittel», später auch für Phthisiker empfohlen hatte. Bezeichnend ist es für das Gesagte, dass man in Davos, wo die Durchschnittstemperatur des Winters ohnehin um einige Grade niedriger, als die der norddeutschen Niederung ist, es als einen Vorzug ansieht, dort die Kranken, wenn es nur irgend angeht, der wärmenden Macht der Sonne, die es sogar im Januar auf mehr als + 20° bringt, aussetzen zu können. Umgehen lässt sich dennoch dort nicht der Kälteeinfluss auf die Lungen und man darf es daher nicht als ausgeschlossen ansehen, dass bei den so günstigen Curerfolgen jenes schönen Höhencurortes und bei den Wintercuren der geschlossenen Anstalten so manche Procente der Heilungen auf das Conto des von mir hervorgehobenen Factors zu buchen wären.

Falls nun die Theorie der consequenten *kalten Dauerluftcur* der Phthisiker allgemeinere ärztliche Zustimmung finden, mindestens ausgedehnterer Versuche für würdig erachtet werden sollte, so könnte solches ganz besonders für unsere nordländischen Patienten und deren Familien von grossem Vortheil sein. Sie würde das Hetzen der Kranken weit über die Grenzen der Heimath hinaus, wo ihnen doch stets die innere Wärme des Heimes fehlt, durch Aerzte und das Publicum erheblich vermindern. Sie würde dazu drängen, endlich einmal hier zu Lande *Curanstalten für Schwindsüchtige* in's Leben treten zu lassen. Von *kleineren Asylen* auf dem Lande, selbst etwa im Anschluss an ein oder das andere günstig belegene sog. Doctorat, wäre ich aus verschiedenen Gründen geneigt noch *Günstigeres* zu erwarten, als von einer grossen Anstalt. Vor Allem deshalb, weil «die Beziehungen des Arztes» zu jedem einzelnen Kranken, dessen Leitung, Beaufsichtigung, Behütung vor Nachtheilen u. s. w. bei einer Anzahl von etwa 6—10 Patienten weit intensivere sein können, als es in grösseren Anstalten möglich ist oder möglich gemacht wird. Die Klagen der in Anstaltsbehandlung gewesenen Personen sprechen dafür. Mögen die Leidenden in ihren Anforderungen wie sonst, so auch hierin unbillig sein, jedenfalls finden sie nicht «voll und ganz» das, was sie für ihre gewaltigen Opfer, welche sie für den Aufenthalt in den Sanatorien des Auslandes bringen, zu erwarten sich berechtigt glauben. Die an den Wohnort eines Landarztes sich anschliessenden Asyle wären mit verhältnissmässig geringeren Kosten, als eine grosse Landesanstalt herzustellen. Des resp. Arztes Existenz ist schon durch seine Praxis gesichert, er wäre daher wahrscheinlich in seinen Ansprüchen an den Geldbeutel der Kranken weniger herausfordernd und unbillig, als namentlich eine, von einer Actien-Compagnie, die doch nur ein Speculationsunternehmen sein würde, gegründete Anstalt. Mehrere kleinere Anstalten im Lande würden uns Aerzten ferner die Möglichkeit einer Auswahl bieten, uns nicht dem Zwange unterwerfen, nur einem Sanatorium die Leidenden, selbst dann, wenn es unseren Anforderungen nicht entspricht, zuzuweisen. Der Standpunct, irgend einem der ausländischen Sanatorien etwas Specifisches beilegen zu wollen, denke ich, gilt als überwunden. Gewisse, nicht zu unterschätzende Vorzüge, als reizendere Lage und Umgebung oder bergigeres Terrain werden sie vor unseren Stationen wohl fast stets voraus haben, welche jedoch für den Inländer durch Vortheile anderer Art wiederum aufgewogen werden würden. Der Hauptfeind unserer Phthisiker wird leider immer unser Frühling, nächst ihm der Herbst bleiben. Selbst den Factor *unberücksichtigt* gelassen, auf den ich das Auge der Collegen hinlenken wollte, würde ich in hiesigen Sanatorien von dem Gebrauch der reinen Winterluft im Allgemeinen einen besseren Einfluss erhoffen, als von den Sommercuren. Jedenfalls wäre gleich bei Anlage eines Asyles für die Möglichkeit des ausgiebigsten Genusses derselben Sorge zu tragen. Es

[6]) Deutsche med. Wochenschrift № 2. 1879.

leitet mich hierbei die allgemeine Geltung habende Anschauung, in der *Reinheit* der Luft, in dem Befreitsein von mikrophytärem Leben, von gasförmigen Fäulniss- und Verwesungsproducten aller Art und von mechanischen Beimengungen, das eigentliche Agens der Wirksamkeit der Luftcuren zu finden. Wir finden *solche Reinheit* bei uns zweifellos am ehesten, ja *allein im Winter*. Er ist es, der unsere Gegend für die Dauer seiner strengen Herrschaft *immunisirt*, sie in so weit fast gleich der Luft des Hochgebirges macht.

Dass nicht alle Lungenschwindsüchtigen über einen Kamm geschoren, nicht alle einer Schablone angepasst werden dürfen, sich nicht ein Jeder für eine strengere Wintercur eignet, weiss ich wohl. So manche Constitution wird einen dazu zwingen, mit ihr nur die übliche indirecte Behandlung und zwar in südlicheren Klimaten einzuschlagen. Doch die torpiden Constitutionen als das einzig geeignete Material für die kalten Luftcuren anzusehen, scheint mir zu weit gegangen zu sein, denn auch erethische mit geringerer Reactionskraft vertragen nach meiner Erfahrung jene nicht selten ganz vortrefflich. Für das Gebirgsklima mag die Unterscheidung voll zutreffen, weil dort die gar zu erregende Wirkung anderer Factore für die erethischen Constitutionen mit in Anschlag zu bringen ist. Man achte besonders bei diesen, was eben versäumt wird und was ich schon vorher betont habe, streng darauf, dass die Kleidung und die nächtlichen Umhüllungen sie vor jedem empfindlichen Wärmeverlust von der Haut aus bewahren, denn es führt doch die Erregung der sensiblen Nerven durch die kalte Luft reflectorisch zur Beschleunigung der Oxydationsvorgänge, zu all' zu starker Erhöhung des Stoffverbrauches des Organismus. Erst dann, wenn der Genuss der Winterluft in ausgedehnterem Maasse in Anwendung gezogen sein wird und *vorurtheilslose* Erfahrungen vorliegen, würden sich stichhaltige Indicationen und Gegenanzeigen für die projectirte Cur stellen lassen. Es wäre wichtig zur Klärung der Frage, namentlich in den mit reichem Material arbeitenden Anstalten in Zukunft die Erfolge der Sommercuren gegenüber den *streng* durchgeführten Wintercuren festzustellen, besonders darauf Aufmerksamkeit zu verwenden, wie sich der *Bacillenbefund* am Schluss jeder Saison bei den Kranken gestaltet. Die Erfolge der Sommer- und Wintercuren in Falkenstein hat Detweiler[7]) nicht unterlassen einander gegenüberzustellen, doch fehlen vorläufig die zu fordernden Gegenüberstellungen der Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen. Die Ausbeute der kalten Athmungsluft in dem Maasse und in der Art, wie es mir zur Erreichung des beabsichtigten Zweckes erforderlich erscheint und für mich erst dann zu einem Vergleiche reif wäre, scheint mir wenigstens aus dem Bericht des hochverehrten fachmännischen Referenten in den Verhandlungen des VI. Congresses für innere Medicin, nicht hervorzugehen. Sie war ja auch nicht geplant. Erst wenn den von mir gestellten Erfordernissen im Laufe der Jahre voll Genüge geleistet worden ist, denn auf das ‹Wie› kommt es an, kann die Erfahrung im Stande sein die Haltbarkeit oder das Irrthümliche der vorgebrachten Theorie wahrscheinlich zu machen.

Es hat nicht in meiner Absicht gelegen, meine Ideen in irgend einer Art pretentiös in die Welt setzen zu wollen, doch die Möglichkeit, dass in ihnen ein Körnchen Wahrheit stecken könnte, liess mich dieses Mal die Scheu, sie von der Presse geschwärzt zu sehen, überwinden. Von diesem Standpuncte aus erwarte ich die Angelegenheit beurtheilt zu sehen.

Um nicht zu sehr zu ermüden, skizzire ich zum Schluss als Ergänzung des Vorgebrachten nur eine Krankengeschichte meiner auf dem Lande lebenden Patientin. Aus ihr eine Bestätigung meines entwickelten Gedankens herausfinden lassen zu wollen, kommt mir nicht in den Sinn. Selbst wenn sie und andere noch mehr Anhaltspuncte dafür bieten würden, bleiben sie doch nur ein Tröpfchen, das nach der Seite hin, wenigstens für mich noch nichts zu beweisen im Stande wäre. Wohl aber dürfte sie als ein weiterer Beitrag dazu anzusehen sein, dass wir hier zu Lande dasselbe mit den Phthisikern erreichen können, was die Anstalten des Auslandes den Kranken leisten und dass das Vorurtheil und die Scheu vieler Aerzte vor der Winterkälte ungerechtfertigt ist.

Frau Dr. B., 32 Jahre alt, hager, anämisch, sehr zarter, reizbarer Constitution, Mutter zweier Kinder, weder von grosselterlicher noch elterlicher Seite belastet; ein Bruder ist einige Monate lang verdächtiger Lungenerscheinungen wegen in einer geschlossenen Anstalt des Auslandes gewesen, eine Schwester ist im 30. Lebensjahre an acuter Phthisis verstorben, eine andere an chronischer Schwindsucht im Auslande krank. Im *Juli 1885* traten Magen- und Darmstörungen bei ihr auf. Im August zeigten sich mit Fieber die ersten suspecten Symptome einer chronischen bacillären Phthisis. Ende September, bei fortschreitender Verdichtung der einen Lunge, elastische Fasern, keine Bacillen im Sputum. Im October derartige Entkräftung, dass Patientin kaum im Stande ist sich während der Untersuchungen aufrecht im Bett zu erhalten; vollständige Appetitlosigkeit, die Körpertemperatur schnellt dazwischen bis über 39° hinauf, das Körpergewicht ist 104½ russ. Pfd., im Auswurf Bacillen. Uebersiedelung in eine geschlossene Anstalt des Auslandes ist theils der Kosten, theils der Trennung von der Familie, theils der hochgradigen Hinfälligkeit wegen nicht möglich. Den übelsten Ausgang befürchtend, erklärt sich die Kranke am 24. October 1885 bereit den Versuch zu machen, hierselbst sich einer methodischen Wintercur zu unterwerfen. Patientin wird anfangs auf eine nur zum kleinsten Theil verdeckte Veranda gelagert, wo sie schon sehr bald 6—7 Stunden den ganzen, besonders gleichmässig sehr kalten Winter 1885/86, der bis Ende März anhielt, zubringt. Das Schlafzimmer wird, wie vorhin angegeben war, eingerichtet. Sonstige Verordnungen: Kräftige, animalische Nahrung — *nicht* die reiche amylaceenhaltige Päppelnahrung der Anstalten — Fett, Milch, Fleischpulver, reichlich Wein, Cognac, kalte Abreibungen, Lungengymnastik, Kreosot.

Schon nach einmonatlicher Cur schreibt Patientin: ‹Ich fühle mich kräftig, kann von Tag zu Tag mehr gehen, habe so guten Appetit, wie ich mich nicht besinnen kann, ihn je gehabt zu haben›. Das Fieber ist ganz geschwunden; fortdauernd schreitet allseitig die Besserung vor. Das Körpergewicht war am 24. Oct. 1885 104½ Pfd., am 21. Nov. 110½ Pfd., den 21. Decemb. 115 Pfd., am 7. Febr. 1886 120 Pfd., den 26. März 124½ Pfd. und betrug gleichmässig fortschreitend am Schluss des Jahres 1886 134¾ Pfd. Am Anfang des Frühjahres 1886 sind alle krankhaften Lungenerscheinungen bis auf etwas unbestimmtes Athmen an einer ganz begrenzten Stelle und einem etwas verlängerten, verschärften Exspirium rechts oben geschwunden. Ende Febr. sind zum letzten Male sehr vereinzelte Bacillen im Auswurf zu finden.

Bei Beginn des Sommers war der Zustand der Kranken ein derartiger, dass wahrlich keine Anstalt sich gescheut hätte, sie als ‹geheilt› zu entlassen.

Als Sommeraufenthalt ist ihr Wohnort, weil äusserst zugig, staubig und sonnig, durchaus ungeeignet. Dennoch verlief der Sommer, abgesehen von einer fieberhaften pleuritischen Affection, ohne besondere Zufälle. Hinterher war aber im Herbst 1886 das subjective Allgemeinbefinden, die Leistungsfähigkeit und die Stimmung keine erfreuliche.

Der darauf folgende Winter 1886/87 war leider nur ein winterlicher Herbst. Während des Oct., Nov. und Dec. gab es nur 17 Tage, an denen die Mitteltemperatur des Tages überhaupt unter 0° war. Trotz curgemässer Ausnutzung von der Patientin, darf die Cur unter solchen Verhältnissen als ‹Wintercur› nicht in Anschlag gebracht werden. Das Allgemeinbefinden war dennoch besser, als im vorhergehenden Sommer. Im Frühjahr 1887 ergab der Lungenbefund wiederum rechts beginnende Infiltration, links oben unbestimmtes, theils saccadirtes rauhes Athmen, das Sputum zeigte Anfang März 1887, also erst wieder nach einem Jahre, Bacillen.

Um ja nichts zu versäumen und mir nicht den Vorwurf einer Voreingenommenheit gegen eine Cur jenseits der Grenze zu machen, zumal da ich die Kranke für den Sommer nicht in ihrer ungeeigneten Behausung belassen hätte, wurde sie Anfang April 1887 veranlasst, ihr Heil in einem Sanatorium Deutschlands zu suchen. Das Resultat ihres mehr als siebenmonatlichen Aufenthaltes dortselbst war, — nachdem sie eigentlich nur während dreier Monate sich relativ wohl befunden hatte und im Stande gewesen war Höhen besteigen zu können, dafür aber zum Schluss acht Wochen lang fiebernd das Bett im Zimmer hatte hüten müssen — dass ich sie im November 1887, zwar um 3 russ. Pfd. an Körpergewicht schwerer, doch mit denselben Bacillen und verschlimmertem Lungenbefunde, als im Frühjahre, recht kraft- und energielos mit der Notiz des Herrn Anstaltsdirigenten: ‹Es sind nur noch die Symptome des Catarrhs nachweisbar›, — wie es wahrscheinlich auch in dessen Journal zu lesen ist — in Empfang nahm.

Erst mit dem Eintritt des etwas verspäteten idealen Winters 1887/88 und nach streng curgemässem Leben im Freien, war von

[7]) Separatabdruck aus den Verhandl. des VI. Congresses f. innere Medicin, 1887, pag. 15.

Mitte Januar c. an allseitig eine ganz auffallend wesentliche Besserung zu constatiren. Das Körpergewicht hatte in den zwei Monaten fast 2 Pfd zugenommen, es betrug 139½ Pfd. Die Durchforschung vieler Präparate ergab weder am 5. noch am 22. Febr. c. Bacillen. Die kalte Winterluftcur musste leider um die Mitte des Februar der schweren Erkrankung eines Kindes wegen, zu dem Patientin zur Pflege in die Stadt kam, unterbrochen werden. Mit dem Abbruch der Cur auf Wochen, mit den Sorgen der Kranken, mit ihrem Nachtwachen etc. schwanden die Hoffnungen, welche ich fernerhin noch an den Rest dieses vielversprechenden, hartnäckigen Winters zu knüpfen mich berechtigt glaubte.

Es erübrigt schliesslich zu bemerken, dass Patientin während der drei Jahre das Kreosot mit ganz geringen Unterbrechungen gebraucht hat. In den ersten Jahren betrug die Gabe 0,24 Ctgrm. pro die, auf Sommerbrod's Empfehlung hin habe ich sie vorläufig bis auf 0,60 Ctgrm. steigen lassen.

Zur Statistik der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.

Von

Dr. A. Hippius.

In №№ 18 und 19 dieser Wochenschrift hat Dr. A. J. Skrebitzky Daten über das Vorkommen der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum veröffentlicht, die u. A. den Berichten der beiden Findelhäuser in St. Petersburg und Moskau und der Ambulatorien des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg und des Elisabeth-Kinderhospitals entnommen sind. Er zieht aus denselben den Schluss, dass unter der armen Bevölkerung St. Petersburgs 8—10—12% aller Neugeborenen an Ophthalmoblennorrhoea neonatorum erkranken.

Da es nun von Bedeutung ist festzustellen, wie weit diese Schlussfolgerung verallgemeinert werden kann, so sind weitere Mittheilungen in dieser Richtung wünschenswerth. Ich habe daher auf den Vorschlag meines Oberarztes, des Directors des St. Wladimir-Kinderhospitals zu Moskau, Dr. P. A. Wulffius, das ambulatorische Material unseres Hospitals in gleicher Weise zusammengestellt, wie es die genannten Petersburger Kinderhospitäler gethan haben, und führe es der besseren Uebersicht wegen in derselben Form hier an. Es enthält Daten für 11½ Jahre des Bestehens unseres Hospitals (dasselbe functionirt seit August 1876), und zwar bin ich in der glücklichen Lage speciell die Zahl der blennorrhoischen *Neugeborenen* (nicht *Kinder* im Allgemeinen) angeben zu können.

Jahr	Allgemeine Zahl der Kranken	Allgemeine Zahl der Augenkranken	Zahl der blennorrhoischen Neugeborenen
1. August 1876 bis 31. December 1877	9,224	644	18
1878	8,528	560	20
1879	9,190	630	20
1880	10,497	626	28
1881	11,479	711	34
1882	15,772	656	27
1883	13,597	758	33
1884	15,571	938	32
1885	18,910	1,006	30
1886	19,196	1,068	25
1887	16,674	986	33
	148,638	8,583	300

Somit hatten wir bis zum Januar 1888 Augenkranke 5,8% der allgemeinen Krankenzahl, blennorrhoische Neugeborene aber 3,5% der Augenkranken. Skrebitzky nimmt nach Reitz an, dass in der Gesammtzahl der Kranken 2,5% bis zu einem Monate alte Kinder sich befinden. Folgen wir seinem Vorgange, so müssen wir für unser Material voraussetzen, dass 3716 Kinder noch nicht einen Monat alt waren. Der Procentsatz der mit Ophthalmoblennorrhoea neonatorum behafteten Kinder gestaltet sich demnach zur Gesammtzahl der unserem Ambulatorium zugetragenen Neugeborenen = 8% (8,08%).

Referate.

D. N. Nikolsky: Zur Therapie der Ambusturen. (Wr. № 9).

Verf. hat in 18 Fällen von Verbrennungen 1. und 2. Grades Pinselungen mit der im American Druggist empfohlenen Gerbsäuretinctur mit sehr gutem Erfolge angewandt. Er ordinirte sie nach dem Recepte: Tannini drachm. unam, Alcohol. 95% q. s. (d. h. ca. 1 Drachme) und Aether. sulf. unciam unam. MDS. Die dunkelbraunrothe Flüssigkeit muss in einem Gefässe mit Glaskorken aufbewahrt werden.

Reinigung der verbrannten Partie mit irgend einer desinficirenden Flüssigkeit. Dann Pinselung mit der Tinctur, bis eine feste Haut sich über derselben gebildet hat. Dabei schwindet der Schmerz sehr bald. 2—3 Mal tägliche Wiederholung der Pinselungen, je nachdem die Haut platzt. Darüber eine trockne Marlycompresse. Die Blasen werden aufgeschnitten, das Contentum ausgedrückt mit Watte, die Wundfläche oberflächlich jodoformirt und dann mit der Gerbsäuretinctur bepinselt. Bei dieser Behandlung wurde die Behandlungsdauer sehr bedeutend abgekürzt und die Schmerzen wesentlich gemindert. Fünf Krankengeschichten illustriren das Gesagte. N.

Günzburg: Eine neue Methode zum Nachweis freier Salzsäure. (Centralbl. f. Klin. Med. 1887. № 40).

G. löst 2,0 Phloroglucin und 1,0 Vanillin in 30,0 absoluten Alcohols und erhält damit eine gelbröthliche Flüssigkeit. Ein Tropfen einer Mineralsäure wird beim Zusatz dieser Lösung grellroth und scheidet rothe Krystallchen ab; die Anwesenheit von Milch- und Essigsäure, sowie von Chloriden verhindert diese Reaction nicht. Mit verdünnten Mineralsäuren färbt sich der Tropfen nicht sogleich, doch entsteht, wenn er, in einer Porcellanschale mässig über Spiritus erwärmt, auf eine Porcellanplatte ausgegossen wird, ein Anflug von rothen Krystallen auf derselben. *Verfahren*: Man nimmt vom Filtrate des Mageninhalts einige Tropfen und ebenso viele vom Reagens und erwärmt sie langsam in einer Porcellanschale bis zum Auftreten des obenerwähnten Anfluges. Dieser tritt sogar bei 1/10 ‰ in der Flüssigkeit vorhandener Mineralsäure auf, bei 1/20 ‰ treten noch rothe Striche auf; bei geringerem Säuregehalt werden gelbe Krystalle ebenso abgeschieden, wie bei Abwesenheit von Mineralsäuren. Hz.

Th. Rosenheim und H. Gutzmann: Zur klinischen Würdigung und Genese der Schwefelwasserstoffausscheidung im Urin. (D. med. W. 1888. № 10).

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind folgende:

1) Das Auftreten der Hydrothionurie ist für gewöhnlich bedingt durch die Anwesenheit gewisser Bacterienarten in der Blase, welche auf die schwefelhaltigen Substanzen des Harns reducirend wirken.

2) Der Angriffspunct dieser Bacterien sind weder die Sulfate, noch das Rhodan, sondern ein Körper, der bisher dem sogenannten neutralen Schwefel zugerechnet wurde (wahrscheinlich unterschwefligsaures Alkali).

3) Die Möglichkeit einer Resorption von Schwefelwasserstoff ins Blut und Ausscheidung durch die Nieren, ferner eine Diffusion des Gases vom Darm in die Blase ist nicht von der Hand zu weisen. In der weitaus grössten Zahl der Fälle jedoch ist die Hydrothionurie nur als eine zufällige und im Ganzen und Grossen bedeutungslose Complication der Cystitis anzusehen. Max Schmidt.

Marcus: Zur Prophylaxe der Tuberculose. (D. med. W. 1888. № 15).

Im pathologischen Institut der thierärztlichen Hochschule zu Hannover hat Verf. unter Leitung von Prof. Rabe bacteriologische Studien getrieben, und hat mehrfach Gelegenheit gehabt, Obductionen von Hunden anzusehen, bei denen die Diagnose auf Tuberculose gestellt werden musste. Da bisher von spontaner Tuberculose bei Hunden noch nichts bekannt, resp. publicirt ist, und da der Hund durch seinen innigen Verkehr mit Menschen als Infectionsquelle wohl in Betracht kommen kann, so hat diese Veröffentlichung ihren bestimmten Werth. Max Schmidt.

N. A. Jappa: Zur Frage von den Veränderungen in den peripheren Nerven bei der Schwindsucht. (Russ. Inaug.-Diss. St. Petersburg. 1888. 53 S. 2 Tafeln).

Nach einer historischen Einleitung über die Entwickelung der Lehre von der multiplen Neuritis im Allgemeinen, bei Allgemeinerkrankungen im Besondern theilt Verf. 15, im Obuchow'schen Hospitale theils von ihm selbst, theils von anderen Collegen gemachte Beobachtungen an Phthisikern mit, beschreibt dann die von ihm geübte Untersuchungsmethode (Osmiumsäure, Müller'sche Flüssigkeit, Picrocarminfärbung, Einschluss in Xylolglycerin) und schliesst seine Beobachtungen mit folgenden Thesen:

1) In allen tödtlich verlaufenden Fällen von Phthise kann die Anwesenheit pathologisch-anatomischer Veränderungen in vielen gemischten Extremitätennerven nachgewiesen werden.

2) Diese Veränderungen sind an den äussersten, feinen Verzweigungen viel deutlicher, als an den Nervenstämmen selbst ausgesprochen und an den unteren Extremitäten mehr als an den oberen.

3) Diese Veränderungen entsprechen ganz der sogen. parenchymatösen degenerativen Neuritis.

4) Sie sind von einer Erkrankung des Centralnervensystems vollkommen unabhängig.

5) Sie produciren höchstwahrscheinlich die vielfältigen Symptome von Seiten des peripheren Nervensystems, welche so häufig im Verlauf der Schwindsucht beobachtet werden.

6) Sie betreffen am häufigsten die sensible Sphäre, die motorische wird sehr selten ergriffen. Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. emer. Jul. Trapp: Die erste Hülfeleistung bei Vergiftungen mit Angabe der entsprechenden Gegengifte. St. Petersburg. Verlag von C. Ricker. 1887. S. VIII. (russ.).

Sehr zweckmässig stellt der bekannte Verfasser dieser Broschüre die bei Vergiftungen zum Behufe der ersten Hülfeleistung nothwendigen Maassnahmen, mit Angabe der entsprechenden Gegengifte, in einer Tabelle zusammen. Die Darstellung ist sehr übersichtlich und die äussere Ausstattung der Broschüre sehr gut, und dürfte dieses Werkchen als Nachschlagebuch auf dem Tisch keines praktischen Arztes fehlen. — ss.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 5. Januar 1888.

1) Dr. Petersen berichtet kurz über folgende 2 Fälle und demonstrirt die dazu gehörigen pathol.-anatomischen Präparate.

1) *Alcoholismus bei einem 14jährigen Knaben.* Am 30. Dec. wurde Pat., Sohn eines Fleischers, besinnungslos und nach Spirituosen riechend ins städtische Alexanderhospital aufgenommen. Die Eltern erzählten, dass der Sohn seit dem 9. Jahre eine Vorliebe für Liqueure gezeigt, dann mit 11 Jahren begonnen habe Schnaps zu trinken; in den letzten 2 Jahren sei er vollständig Trinker geworden, habe sogar seine Kleider vertrunken. Pat. kam im Hospital nicht mehr zur Besinnung, delirirte und starb am 1. Januar.

Die *Section* ergab das ausgeprägte Bild chronischen Alcoholismus, wie man es bei alten Säufern findet, die *Hirnhäute* verdickt, die *Leber* fettig degenerirt (28—20—8 Ctm.), 15 Pfd. schwer. Der *Magen* dilatirt, die Wandungen verdickt, die Schleimhaut grau, kolossal verdickte Schleimhautfalten und ausserdem frische Extravasate. Das Herz schlaff, jedoch keine Aorten-Atheromatose.

2) *Acute Osteomyelitis bei einem 19jährigen Juden.* Derselbe erkrankte Mitte November 1887 mit Mattigkeit und Schmerzen über dem linken Knie, welches er sich massiren liess; da er jedoch zu fiebern anfing, wurde er am 17. Nov. ins Alexander-Barackenhospital gebracht und zwar mit der Diagnose *Typhus.* Die Fiebercurve jedoch sprach gegen Typhus (tägliche bedeutende Schwankungen), ausserdem stellten sich Abscesse am linken Oberschenkel ein, weshalb Pat. am 5. Dec. ins städtische Alexanderhospital übergeführt wurde. Da er kurz vor seiner Erkrankung an acuter Urethritis gelitten, wurde der Verdacht auf Gonokokken-Metastase ins Kniegelenk ausgesprochen. Die Abscesse wurden gespalten, das Fieber dauerte fort und am 4. Januar starb Pat., nachdem einige Tage vorher noch Exophthalmus eingetreten.

Die *Section* ergab Erscheinungen der Pyämie. Ausser den subcutanen Abscessen fand Ref. noch einen Nieren-Abscess und eitrige Infiltration des rechten Mittelohres und der Pars petrosa. Das retrobulbäre Gewebe nur serös infiltrirt. Bei Aufsägen des linken Femur fand sich fast das ganze Knochenmark vereitert, besonders deutlich traten noch kleinere Abscesse der Epiphysen-Gegenden hervor. Es war ausserdem Durchbruch ins Kniegelenk vorhanden. Das Periost war im Allgemeinen intact. Im rechten Femur fand sich eine erweichte, stark hyperämische Partie in der Mitte des Knochenmarkes. Die mikroskopische Untersuchung ergab massenhafte Gruppen von Staphylokokkus pyogenes aureus.

Anknüpfend an die geringe Verdickung resp. Auftreibung des demonstrirten Knochens berührt Dr. Tiling mit einigen Worten die Schwierigkeit der Diagnose und des von ihr abhängigen Entschlusses zum chirurgischen Eingreifen bei manchen subacuten Fällen von Osteomyelitis, namentlich der sogen. *Osteomyelitis albuminosa.* Von letzterer meint T. einen Fall vor circa 1 Jahre vor sich gehabt zu haben. Ein junger Mann (c. 30. J.) litt seit Monaten an heftigen Schmerzen im linken Femur in der Gegend des Trochanter major; Schwellung und grosse Schmerzhaftigkeit der Weichtheile erlaubten keinen sicheren Schluss auf Verdickung des Knochens. Coxa frei. Hohes Fieber. T. trepanirte das Femur, indem er aus dem Trochant. maj. einen 8—10 Cmt. langen und c. 3. Cmt. hohen Keil ausmeisselte und die Spongiosa weiter in den Hals des Femur hinein mit dem scharfen Löffel entfernte, weil der erst entfernte Keil keine Spur von Eiter oder Einschmelzung der Spongiosa entdecken liess. Darüber, ob die frei gelegten Knochenpartien etwas hyperämischer als normal waren, will T. sich kein Urtheil erlauben. T. glaubte einen Irrthum in der Diagnose auf Osteomyelitis begangen zu haben. Es fiel aber von Stunde der Operation an die Temperatur ab auf die Norm und die heftigen Schmerzen waren wie mit der Hand weggenommen. Pat. erholte sich und genas. Es muss also doch eine Osteomyltis bestanden haben, vielleicht eine albuminosa, die nicht zu makroskopisch bemerkbaren Veränderungen geführt.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Prof. emer. Georg Adelmann †.

In dem am 7./19. d. Mts. zu Berlin verstorbenen Professor emer., wirkl. Staatsrath Dr. Georg Adelmann, ist einer der seiner Zeit beliebtesten und bekanntesten Lehrer der Dorpater Hochschule dahingeschieden, welchem das russische Reich, insbesondere die Ostseeprovinzen, die Ausbildung einer ganzen Generation tüchtiger Aerzte und Operateure verdankt.

Am 16./28. Juni 1811 zu Fulda als Sohn des dortigen Arztes, Vincenz Adelmann, geboren, studirte der Hingeschiedene zuerst Naturwissenschaften an der Universität *Loewen*, sodann Medicin in Marburg und Würzburg. Nachdem er im Jahre 1832 zum Doctor med. promovirt worden, fungirte er mehrere Jahre als Assistent Heusinger's und Ullmann's, anfangs an der medicinischen, später an der chirurgischen Klinik in Marburg, liess sich aber dann als praktischer Arzt in seiner Vaterstadt Fulda nieder, wo er auch die chirurgische Abtheilung des örtlichen Hospitals leitete. Bereits nach 2 Jahren (1837) wandte er sich jedoch wieder der academischen Laufbahn zu, indem er sich als Privatdocent für Chirurgie an der Universität Marburg habilitirte. In dieser Stellung erging an ihn der ehrenvolle Ruf, an Stelle des berühmten Pirogow, welcher nach St. Petersburg übersiedelte, den Lehrstuhl der Chirurgie und Ophthalmologie an der Universität Dorpat zu übernehmen, dem er auch Folge leistete. Volle dreissig Jahre hat Adelmann den Lehrstuhl der Chirurgie innegehabt, in dieser Zeit die Dorpater chirurgische Klinik vervollkommnet und eine grosse Zahl tüchtiger Schüler herangebildet. Aber nicht allein als academischer Lehrer und geschickter, ja durch seine Technik glänzender Operateur hat A. erfolgreich gewirkt, er hat auch zur Förderung der chirurgischen Wissenschaft durch manche wissenschaftliche Arbeit beigetragen. Wir erinnern hier nur an seine Studien über «Untersuchungen bei krankhaften Zuständen der Oberkieferhöhle» und «Die gewaltsame Beugung der Extremitäten als Stillungsmittel bei arteriellen Blutungen derselben», ferner an seine Abhandlungen aus dem Gebiete der plastischen Operationen und Knochenresectionen.

Im Jahre 1871 übergab Ad. den Lehrstuhl der Chirurgie in Dorpat seinem Schwiegersohn und jetzt so berühmten Schüler Dr. Ernst v. Bergmann und siedelte nach Berlin über. Noch rüstig und geistesfrisch gönnte er sich nicht die verdiente Ruhe, sondern nahm bis in sein hohes Alter lebhaften Antheil an allen, namentlich in das Gebiet der Chirurgie und Augenheilkunde schlagenden Zeit- und Streitfragen. Wir erinnern uns noch in den letzten Jahren in den Sitzungsberichten der Berliner medicinischen Vereine und ärztlichen Congresse häufig der Betheiligung Adelmann's an den Verhandlungen und seinen Eingriffen in die Debatten begegnet zu sein.

Nahezu 77 Jahre alt, erlag er in wenigen Tagen einer für sein hohes Alter verhängnissvollen Lungenentzündung.

Seine Tüchtigkeit, sein offenes und liebenswürdiges Wesen, sowie seine Ehrenhaftigkeit gewannen ihm viele Freunde, die, wie namentlich auch seine zahlreichen Schüler, ihm ein treues und liebevolles Andenken bewahren werden. Sit terra ei levis!

Vermischtes.

— Der berühmte Anatom, Geheimrath Prof. Wenzel Gruber hat wegen äusserst zerrütteter Gesundheit seinen Dienst in Russland aufgegeben und verlässt am 17. Juni St. Petersburg auf immer, um in einem milderen Klima, in Wien, seinen Wohnsitz aufzuschlagen.

— Der bekannte Professor der Physiologie an der St. Petersburger Universität, Dr. J. Setschenow, tritt in nächster Zeit nach Vollendung seiner 30-jährigen Dienstzeit von der Lehrthätigkeit an der Universität zurück.

— Die Civilärzte des Kaukasus haben dem Ober-Militär-Medicinalinspector, Geheimrath Dr. A. Remmert, welcher bekanntlich früher Medicinalinspector des Kaukasus war, zum Andenken an seine 15jährige Thätigkeit daselbst ein kostbares *Album mit ihren Photographien dargebracht.*

— Mittelst Allerhöchst am 19. April d. J. bestätigten Reichsrathsgutachtens wird die *Zahlung zum Besten der Universität* für die vom Beginn des Studienjahres 1888/89 an eintretenden Studirenden an der Universität Warschau auf 100 und an der Universität Dorpat auf 50 Rbl. erhöht.

— Die *sibirische Universität in Tomsk* tritt demnächst in's Leben und zwar wird gemäss dem von S. Majestät dem Kaiser am 25. Mai bestätigten Reichsrathsgutachten zu Beginn des Lehrjahres 1888/89 mit der *Errichtung der medicinischen Facultät* der Anfang gemacht.

— *Verstorben*: 1) Der Landschaftsarzt des Chersson'schen Kreises, S. Wenzel, an der Lungenschwindsucht. Der Verstorbene hat nach Beendigung des Cursus an der Odessaer Universität 3 Jahre als Gymnasiallehrer gewirkt und sich erst dann an der mil.-med. Academie dem Studium der Medicin gewidmet. 2) In Radom der Arzt der Iwangorod-Dombrower Eisenbahn, S. Kortschewski, an der Schwindsucht. In dem letzten türkischen Kriege fungirte K. als Militärarzt und machte damals einen schweren Typhus durch, der den Grund zu dem späteren Lungenleiden legte. 3) In Erlangen am 1./13. Juni der Professor der Psychiatrie und Director der psychiatrischen Klinik der dortigen Universität, Hofrath Dr. Friedrich

Hagen, im 75. Lebensjahre. Der Verstorbene ist bekannt durch sein Gutachten über den Geisteszustand des verstorbenen Königs *Ludwig II.* von Bayern. 4) In Amiens der Professor der medicinischen Klinik, Dr. A. Padieu.

— Prof. Virchow ist von der holländischen Gesellschaft für Wissenschaft in Harlem die grosse *goldene Boerhave-Medaille verliehen* worden.

— Prof. Adamkiewicz in Krakau ist für seine Untersuchungen über die Peptone durch die Verleihung der *holländischen silbernen Medaille ausgezeichnet* worden. — Wie verlautet, beabsichtigt Prof. Adamkiewicz seine Professur in Krakau niederzulegen, weil die von ihm als nothwendig bezeichneten Reformen an der dortigen Klinik nicht eingeführt worden sind, und nach Berlin zurückzukehren, wo er früher Docent war.

— Zum Nachfolger von Prof. Hertwig auf dem Lehrstuhl der Anatomie in Jena ist Prof. Max Fürbringer aus Amsterdam berufen worden.

— An Stelle des verst. Prof. Hagen ist der Director der mittelfränkischen Kreisirrenanstalt, Dr. Bumm, zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie und Director der psychiatrischen Klinik der Universität Erlangen ernannt worden.

— Nach einem Allerhöchst bestätigten Reichsrathsbeschluss (publicirt in № 53 der Gesetzsammlung) wird von jetzt ab für den *Unterricht in der Hebammenkunst an der geburtshülflichen Klinik der Dorpater Universität* von jeder Hebammenschülerin eine *Zahlung von 250 Rbl. jährlich* erhoben werden. Von dieser Zahlung erhält der Professor oder Docent der Klinik, welcher die Hebammencurse leitet, 40 Rbl., und die Hebamme der Klinik 10 Rbl. für jede Schülerin, als Honorar für den Unterricht. Die übrigbleibende Summe wird zu den Specialmitteln für den Unterhalt der geburtshülflichen Klinik geschlagen.

— Vor Kurzem fand in der hiesigen Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja) die Entlassung von 113 Hebammenschülerinnen, welche in der bei dieser Anstalt bestehenden Hebammenschule den Cursus absolvirt haben, statt. Was die Herkunft dieser Hebammenschülerinnen anbetrifft, so gehörten 41 dem Adelstande, 6 dem Kaufmanns-, 11 dem geistlichen, 23 dem Bürger-, 9 dem Bauern- und 23 dem Exemtenstande an. 57 derselben hatten ihre Schulbildung in höheren und mittleren weiblichen Lehranstalten, 56 häuslichen Unterricht erhalten. Von diesen 113 waren 99 orthodox-griechischer, 6 lutherischer, 4 römisch-katholischer und 4 mosaischer Confession.

— Einige Landschaften haben *neuerdings Stipendien für junge Aerzte*, welche den Cursus an der militär-medicinischen Academie soeben absolvirt haben, ausgesetzt, damit dieselben sich in den Specialfächern weiter ausbilden können.

— Unsere Stadtduma hat auf Ansuchen der Proff. Botkin, Krassowski und Sslawjanski, als Glieder des Organisations-Comités des im Januar 1889 hieselbst stattfindenden III. Congresses russischer Aerzte, einstimmig beschlossen, je 1500 Exemplare der Berichte der städtischen Hospital- und Sanitäts-Commission, sowie des städtischen «Jahrbuches (Ежегодникъ)» pro 1887 zur unentgeltlichen Vertheilung an die Mitglieder des Congresses zur Verfügung zu stellen. In Verbindung mit dem nächstjährigen III. Congresse der russischen Aerzte wird hieselbst eine *Ausstellung von Gegenständen, welche zu der medicinischen Wissenschaft in Beziehung stehen*, stattfinden. Interessenten können das Programm und nähere Auskünfte über die Ausstellung von dem Bevollmächtigten des Ausstellungscomités, Dr. Hippolyt Michailowitsch Tarnowski (Nadeshdinskaja Haus № 3), erhalten.

— Der *Personalbestand der Angestellten in den St. Petersburger Hospitälern und Armenhäusern, welche von der Stadt verwaltet werden*, beläuft sich gegenwärtig auf 571 Personen, deren Unterhalt der Stadt 241,022 Rbl. 84 Kop. zu stehen kommt.
(Russ. Med.).

— Der im Jahre 1859 in Frankfurt a. O. verstorbene ehemalige Leibarzt des Kaisers *Nikolaus*, Geheimrath Dr. Martin Wilhelm v. Mandt und seine ihn überlebende Gattin Johanna Charlotte Ludovica, geb. Ackermann haben vor etwa 30 Jahren (1857) ein wechselseitiges Testament errichtet, nach welchem *an den Universitäten Berlin und Bonn* nach dem Tode des zuletzt lebenden der beiden Ehegatten eine «von Mandt-Ackermann'sche *Stipendienstiftung*» errichtet werden soll. Diese Stipendienstiftungen werden jetzt in Folge Todes der Gattin Dr. Mandt's in's Leben treten. Zu diesem Zwecke werden aus der Hinterlassenschaft der Genannten der *Universität Berlin 24,000 Thaler* und der *Universität Bonn 16 000 Thaler* überwiesen, aus deren Zinserträgen junge Männer christlicher Religion, welche sich der Medicin, Jurisprudenz und den in der philosophischen Facultät vertretenen Wissenschaften auf Universitäten, oder der höheren technischen Ausbildung auf Gewerbeschulen und ähnlichen Anstalten widmen, durch Stipendien unterstützt werden sollen. In *Berlin* soll ¹/₃ des jährlichen Zinsertrages einem Studirenden der *Arzneiwissenschaft*, die übrigen ²/₃ 3 jungen Männern der juristischen und der philosophischen Facultät und solchen zugewendet werden, welche dem industriellen oder Gewerbefache angehören und sich in ihrem Fache auf Schulanstalten und Instituten vervollkommnen wollen. Zu den Studirenden der philosophischen Facultät sollen namentlich auch Pharmaceuten und Chemiker gerechnet werden. In *Bonn* sollen 3 gleich grosse Stipendien *einem Mediciner*, einem Juristen und einem Bewerber aus dem Stande der Industriellen und Gewerbetreibenden verliehen werden. Die Stipendien werden c. 600 Mark jährlich betragen und können einem und demselben Bewerber auf 3 bis 4 Jahre verliehen werden. (Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— Prof. Lombroso (Lo Sperimentale—Neurol. Centralbl. 1. April) giebt folgende *diagnostische Kennzeichen der hysterischen Lähmungen* an. 1) Alter zwischen 15—30 Jahren, 2) Vorwiegen des weiblichen Geschlechtes, 3) plötzliches Auftreten (die spinalen Lähmungen entwickeln sich langsam, die cerebrospinalen wohl rasch aber fast immer nach einer Apoplexie und mit Temperaturerhöhung und trophischen Störungen), 4) Lähmung einer Extremität, selbst einer Muskelgruppe, was bei cerebrospinalen Formen sehr selten vorkommt, 5) die cerebralen Hemiplegiker schleudern beim Gehen ihr Bein bogenförmig, die hysterischen bewegen es gewöhnlich gerade vorwärts, 6) frühes Auftreten von Contracturen, zuweilen gleichzeitig mit der Lähmung, 7) Fehlen der Blasenlähmung, obgleich Harnverhaltung nicht selten vorkommt, 8) tiefe Störungen, selbst Verlust der Sensibilität, 9) Verlust des Muskelsinns, 10) Erhöhung der Sehnen- und Abschwächung der Hautreflexe, 11) häufiges Fehlen von Muskelatrophie und Erhöhung der Muskelerregbarkeit, 12) Fehlen der Entartungsreaction, 13) als zufälliges hysterisches Symptom: mögliche Bewegung mit dem gelähmten Gliede nach starkem Willensimpulse oder energischer Aufforderung. (Wr. № 18.)

— Nach dem ärztlichen Vereinsblatte hat die am 1. April 1887 erfolgte Zählung der Aerzte in Preussen folgende Resultate gegeben. Bei der vorletzten Zählung 1876 gab es 7956, 1887 aber 9284 Aerzte, deren Zahl sich also in 11 Jahren um 16,7% vermehrt hatte, während die Bevölkerungszahl um 11,2% gestiegen war. 1876 kamen auf 10,000 Einwohner 3,1, 1887 aber schon 3,28 Aerzte, besonders ist die Zahl dieser in Berlin gestiegen, um 43%, während dessen Bevölkerung sich nur um 37% vermehrt hatte. Die Aerzte siedeln ausserdem aus den kleinern Centren in grössere über, es gab 1876 in Orten mit 5 und weniger Tausend Einwohner, 40,7% aller Aerzte, 1887 aber nur 24%. (Wr. № 18.)

— Gegen *Frostbeulen* empfiehlt New-York Medic. Rec. (April 14) häufige Umschläge mit einer Lösung von ℥j Ammon. muriatic. in einer halben Pinte Cideressig; Zusatz von einer halben Pinte Alcohol ist auch nützlich.

Vacanzen.

— Für das Hakelwerk *Nowo-Archangelsk im Cherssonschen Gouvernement* wird ein erfahrener *Arzt gesucht*. Nähere Auskünfte ertheilt der Apotheker Grünberg auf Anfragen unter der Adresse: „Въ посадъ Ново-Архангельскъ Херсонской губ., Елисаветградскаго уѣзда, Аптекарю Гринбергу".

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 29. Mai bis 4. Juni 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
372	256	628	106	63	128	17	12	23	67	53	39	43	52	20	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 60, Scharlach 11, Diphtherie 4, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 7, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 74, Todtgeborene 21.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	27. Mai - 2. Juni	2491	30,9	—	1328	16,1
Paris . . .	2 260 945	27. Mai - 2. Juni	1138	26,1	63	955	22,0
Brüssel . .	181 270	20.—26. Mai	89	25,5	7	86	24,7
Stockholm .	221 549	20.—26. Mai	134	31,3	4	90	21,1
Kopenhagen	300 000	30. Mai - 5. Juni	187	32,4	6	127	22,0
Berlin . . .	1 414 980	27. Mai - 2. Juni	771	28,3	31	525	19,3
Wien . .	800 836	27. Mai - 2. Juni	561	36,4	26	471	30,6
Pest . . .	442 787	20.—26. Mai	331	38,9	19	202	35,
Warschau .	444 814	27. Mai - 2. Juni	817	95,4	—	373	43,
Odessa . .	268 000	27. Mai - 2. Juni	—	—	4	122	23,
St. Petersburg	**861 303**	**3. — 9. Juni**	**516**	**31,2**	**24**	**547**	**34,**

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17 L. Haus 12.

*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская 43 кв. 20.

*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 12, Quart. 22.

*Frau Marie Kubern, B. O. уголъ 5. лин. и Академ. переул. д. 1/6 кв. 21.

Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.

T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул. № 23.

Wilhelmine Hensel, B. O. 17 лин. д. № 12 кв. 13.

Августа Федоровна Кауфманъ, по Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22 кв. 9.

Луиза Карловна Мертке, Горохов. ул., д. 42 кв. 28.

И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22 кв. 28.

Amalie Ritter, B. O. 17 л. д. 12 кв. 37.

Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер, д 7 кв. 12.

E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.

П. Эйрихъ, Невск. просп. д. 88 кв. 10.

Amalie Schulze, Alexander-Platz H. 6. Qu. 53.

A. Schönfeldt, B. O. 12 лин. д. 17 кв. 2.

Frau E. Kroeger, Офицерская ул. д. 18 кв. 28.

Maria Brüllow, B. O. 6 лин. д. 29, кв. 9.

Ottilie Rupprecht, Гусевъ пер. № 17.

Дозв. ценз. Спб. 17. Іюня 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Inserations-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 26. St. Petersburg, 25. Juni (7. Juli) 1888.

Zur Aetiologie der Eiterungsprocesse ringsum den Processus mastoideus.

(Vortrag gehalten am 1. März 1888 im Verein St. Petersb. Aerzte).

Von

Dr. J. F. Neumann,

Ordinator des „Marienhospitals für Arme".

M. H.! Ich habe heute die Absicht, Ihre freundliche Aufmerksamkeit eine Zeit lang für die Frage über die Eiterungsprocesse in der Gegend des Proc. mastoideus in Anspruch zu nehmen, eine Frage, die, wie mir scheint, nicht allein dem Specialisten, sondern auch dem praktischen Arzte von Wichtigkeit und Interesse ist.

Bevor ich auf die Beobachtungen, die ich in letzter Zeit hierüber gemacht, näher eingehe, erlauben Sie mir zuvörderst die Krankheitsfälle, in denen sie angestellt sind, Ihnen vorzutragen.

I. Im März 1884 überwies mir mein hochverehrter Lehrer Dr. Rühlmann einen Pat., der sich an ihn wegen seines Ohrenleidens gewandt hatte. Ein russischer Geistlicher, in den 70er Jahren stehend, litt seit längerer Zeit an einer Otitis media supp. chron. sin. Die Eiterung war schon mittlerweile (nach mehrmonatlicher Dauer) minimal geworden. Ausserdem bestand eine nicht starke Otitis ext. Ohne dass Pat. angeben konnte wann, hatte sich in dieser Zeit ein mächtiger periostaler Abscess um den linken Zitzenfortsatz gebildet, der sich über die ganze Gegend hier, vom Ohre an bis zum Hinterhaupte, nach oben bis zur Schuppengrenze, nach unten bis in die Nackenmusculatur verbreitet hatte. Nach seinen Angaben sei ihm vor ca. einer Woche ein Schnitt au niveau der Ohrmuschel gemacht worden und sei dabei ca. ein Bierglas voll Eiter entleert worden. Bei solchem Thatbestande glaubte ich die Diagnose einer Caries des Warzenfortsatzes stellen zu müssen und theilte dem Patienten mit, dass eventuell die Trepanation des Proc. mast. vorzunehmen sei. Pat. ging, durch sein Monate langes Leiden mürbe gemacht, bereitwilligst darauf ein. Mit dem Collegen Trachtenberg gingen wir an's Werk. Jedoch waren wir, nachdem der Abscess durch einen 7—8 Ctm. langen Schnitt eröffnet und ausgespült war, nicht wenig überrascht, von einer Knochenläsion nirgends etwas zu finden. Zwar war der Knochen überall vom Periost entblösst, aber nirgends war eine Veränderung am Knochen nachzuweisen. Unter diesen Bedingungen standen wir von einem weiteren Eingriffe ab. Und wir hatten Recht. Nach 4 Wochen war Alles wunderschön geheilt. Auch die Eiterung aus dem Gehörgange hatte aufgehört. Und bis jetzt ist Pat. gesund geblieben.

II. Am 18. April 1886 wurde der verabschiedete Soldat Nicolai Bogdanow, 37 Jahre alt, in's Marienhospital aufgenommen. Drei Monate vordem habe er an heftigen Ohren- und Kopfschmerzen rechterseits gelitten. Ob Ohrenfluss dagewesen, war aus der Anamnese nicht zu eruiren, jedoch kann er kein bedeutender gewesen sein. Nach einiger Zeit habe die Heftigkeit der Schmerzen nachgelassen und es sei jetzt ein mehr dumpfer Schmerz nachgeblieben. Zugleich habe sich in dieser Zeit die Geschwulst hinter dem Ohre allmälig entwickelt. Die Untersuchung ergab einen grossen Abscess hinter dem rechten Ohre, der deutlich fluctuirte (das Ohr stand ab). Im Ohre konnte ich wegen der Enge des Gehörganges in Folge der vorhandenen Otitis ext. zuerst garnichts, dann nach ein paar Tagen, als die Erscheinungen im Gehörgange etwas geringer wurden, nichts Wesentliches sehen. Das Trommelfell erschien trübe und liess die Theile nicht deutlich erkennen. Das Gehör abgeschwächt, jedoch nicht aufgehoben. Die Stimmgabel wird nur rechts percipirt. Aus diesem Befunde combinirte ich die Sachlage in folgender und zwar, wie es sich später erwies, falscher Weise: Otitis med. catarrh. acuta, die keine Perforation des Trommelfelles bewirkt habe, oder aber eine solche mit schneller Heilung derselben. In Anschluss daran Affection des Proc. mastoid. mit subperiostalem Abscesse. Allerdings war Einiges in der Erklärung gezwungen. Die Erscheinungen waren nicht schwer genug. Die Schmerzen, das Fieber und das Allgemeinbefinden entsprachen nicht so ganz dem Bilde. Aus von mir unabhängigen Gründen wurde der Abscess nicht sofort eröffnet. Am 2. Mai Durchbruch des Eiters durch den Gehörgang hinten oben. Eine kleine Incision des Abscesses mit Drainage entleerte die übrige Eitermenge und Pat. wurde am 17. Juni gesund und mit gutem Gehör entlassen.

III. Mitte Mai 1885 wurde ich von den Collegen Rühl-

mann und Schwanebach bei folgendem Falle zu Rathe gezogen. Ein am Ende der 60er Jahre stehender polnischer Landwirth leidet seit Monaten an einer Otitis med. supp. sin., der sich seit ein paar Wochen heftige Schmerzen im Ohre und in der Warzenfortsatzgegend zugesellt hatten. Die Gegend hier sei in der letzten Woche ödematös geworden, auch Fluctuation sei zu fühlen. Die Entscheidung, ob die Trepanation vorzunehmen sei, wurde nicht schwer. Kurz bevor ich zum Pat. kam, war plötzlich eine reichliche Eiterung aus dem Gehörgange eingetreten. Als ich nachsah, konnte ich eine diffuse, phlegmonöse Otitis ext. erkennen und gerade an der Stelle, soweit mein Spiegel reichte (ca. 1½—2 Ctm.), sah ich oben und hinten in der gerötheten, geschwellten Wand einen gelben Eiterknopf sitzen. Bei Druck auf die Gegend hinterm Ohre, die auch jetzt noch fluctuirte, trat der Eiter zur Oeffnung in Menge hervor. Durch eine Incision im Gehörgange (da Pat. die Incision hinterm Ohre nicht zuliess), gelang es mir unter antiseptischer Behandlung innerhalb einer Woche den Abscess hinterm Ohre zum Schwinden zu bringen, ebenso die Otitis ext. Die Otitis media wurde zwar besser, blieb aber bestehen und besteht auch jetzt noch in leichtem Grade, wie ich durch den Sohn des Pat., der selbst bald nach Polen zurückgefahren war, in Erfahrung gebracht habe.

IV. Im Juni 1886 wurde ich vom Collegen Börling zu einem 7-jährigen, an Scarlatina und Diphtherie erkrankten, jetzt schon in Reconvalescenz sich befindenden, kleinen Pat. gerufen, bei dem seit einigen Tagen noch eine Otitis media acuta catarrh. sin. sich hinzugesellt hatte. In der ersten Woche ging Alles gut, da trat unter Fieberbewegungen eine Otitis ext., dann Schwellung hinterm Ohre über dem Warzenfortsatze hinzu, die in Abscedirung überging. Es musste die Incision gemacht werden und obgleich ich auch in diesem Falle nichts am Knochen ausser der Periostentblössung fand, so glaubte ich doch, dass eine Trepanation später noch nothwendig sein würde. Doch hatte ich mich getäuscht. Pat. genas innerhalb 4 Wochen vollständig mit Erhaltung des Gehörs.

V. Am 16. Mai 1886 wurde der verabschiedete Unterofficier Alexis Rufow, 86 J. alt, in's Marienhospital aufgenommen. Pat. erkrankte vor ca. einem Monate mit heftigen Schmerzen im linken Ohre. Bald zeigte sich Ohrenfluss, der bis jetzt besteht. Ebenso bis zur Stunde dieselben Kopfschmerzen (die linke Pupille erweitert). Die Gegend des linken Proc. mastoid. stark geschwellt. Fluctuation. Bei Druck auf die Geschwulst entleert sich Eiter aus dem äusseren Gehörgange. Am 18. Mai 87 wird die Incision, wie zu einer Trepanation gemacht bis auf den Knochen und da nichts Abnormes am Knochen gefunden wird der Abscess ausgespült und drainirt. Am 20. Mai 87 wird beim Verbandwechsel das Ohr untersucht. Die Eiterung hat aufgehört. Das Trommelfell heil, nicht injicirt, verdünnt. Die Theile nicht zu differenziren. Otitis ext. in viel geringerem Grade bestehend.

Im weiteren Verlaufe bilden sich 2 Mal wieder Abscesse und Eitersenkungen entlang dem M. sternocleidomastoideus, die am 9. Juni und am 3. November durch grosse Schnitte und Auslöffelungen endlich zur definitiven Heilung gebracht werden. Am 11. Dec. wird Pat. geheilt entlassen (mit der Diagnose Ostit. proc. mastoid.).

VI. Eudoxia Kasanzewa, 60 Jahre alt, wird am 4. April 87 in's Marienhospital aufgenommen. Mitte Februar Stiche und Schmerzen im linken Ohre, die aber nicht sehr lange andauern. Dann allmälige Schwellung hinterm Ohre. Ausfluss aus dem Ohr nicht wahrgenommen. Teigige Schwellung über und unterhalb des linken Proc. mastoid. von Hühnereigrösse. Auf der Höhe der Geschwulst Fluctuation. Röthe und Schmerzen. Ausserdem Otitis ext. sin. mit Epithelabstossung. Daher das Ohr fast gar nicht zu untersuchen. Gehör nicht ganz aufgehoben.

Am 10. April Incision, wie oben. Nirgends eine Knochenentblössung. Auslöffelung und Tamponade. Am 13. Mai völlig geheilt entlassen. Im Ohre nichts Abnormes, ausser Trübung des Trommelfells.

Ich könnte die Zahl derartiger Beobachtungen noch vergrössern, doch stehe ich davon ab, da diese genügend klarlegen, was ich beabsichtige; ich will Ihnen, m. H., aber zuletzt doch noch eine Krankengeschichte vorführen, da sie sich wie ein Paradigma ausnimmt und ich die Diagnose vollkommen sicher stellen konnte, da mir die Sachlage jetzt vollkommen klar war.

VII. Der verabschiedete Unterofficier P. M., 48 Jahre alt, wurde am 25. October 1887 in's Marienhospital aufgenommen mit der Diagnose Otitis media suppur. d. Im Juni habe er rechts Ohrenschmerzen gehabt, zwei Wochen später sei eine Menge Eiter aus dem Ohre geflossen. Sehr bald, in einigen Tagen, sei Heilung eingetreten. Wann der Abscess, den er jetzt hinter dem Ohre hatte, aufgetreten sei, könne er nicht angeben. In den letzten Wochen seien die Schmerzen heftiger geworden, ebenso sei auch jetzt der Abscess stärker gewachsen. Die ganze Zeit der Krankheit über sei das Gehörsvermögen fast intact gewesen. Bei der Untersuchung fand ich einen sehr grossen Abscessus retromastoideus rechterseits. Das Ohr abstehend. In der Tiefe des Gehörganges noch Reste einer Otitis ext. zu sehen. Meine Diagnose lautete: Abscess. retromastoid. d. post otit. ext. dext. Am 27. October 87 Incision des Abscesses. An einer Stelle war der Knochen etwa ein silbernes 20 Kopekenstück gross vom Periost entblösst. Auslöffelung. Tamponade. Jodoformverband. Am 3. December 87 wird Pat. vollständig geheilt entlassen.

M. H.! In allen eben vorgeführten Fällen sehen Sie etwa folgenden Symptomencomplex. Ohren- und Kopfschmerzen verschiedenen Grades bis fast zur grössten Heftigkeit, entweder dagewesen oder noch bestehend; einmal auch Pupillenerweiterung; fast überall Fiebererscheinungen, auch verschiedenen Grades; Ohreneiterung nicht überall, überall Ot. externa verschiedenen Grades, bestehend oder dagewesen; Schwellung und Abscedirung über, oberhalb und unterhalb des Zitzenfortsatzes, überall mindestens herabgesetztes Gehörsvermögen. In letzter Zeit sind wir es gewohnt gewesen, einen solchen Symptomencomplex als vollständig genügende Indication zur Trepanation des Proc. mastoid. anzusehen, indem wir folgendermaassen calculirten. Anfängliches Bestehen einer acuten Otitis media mit eitrigem Ausfluss durch die Perforationsöffnung im Trommelfell (die schlimmen Fälle, wo eine solche noch nicht zu Stande kam, werden durch die Paracentese gewöhnlich zu solchen gemacht); zufällige Verstopfung der Ausflussöffnung, wodurch der Eiter gezwungen ist, sich andere Bahnen zu suchen; stärkere Affection des bei jeder Otitis media schon afficirten Antrum Valsalvae, consecutive Osteomyelitis des Zitzenfortsatzes und periostaler Abscess. Also vorliegend die stricte Indication, dem Eiter freien Abfluss zu verschaffen und den Knochen von solchem zu befreien — durch die Trepanation des Proc. mastoideus.

Und doch verhielt es sich in allen von mir mitgetheilten Fällen, wie Sie, m. H., aus den Krankengeschichten eben ersehen haben, ganz und gar nicht so. Ueberall war der Knochen intact, wenn auch in mehreren, vielleicht den meisten Fällen von seiner Periostlage verschiedengradig entblösst. Es lag eben in unseren Fällen die Veranlassung zum Supramastoidalabscesse jedenfalls nicht in der Otitis media, sondern *in der Otitis externa*.

Die Otitis externa, sei sie nun primär aufgetreten oder secundäre Folge einer Otitis media, verbreitet sich durch die Wand des äusseren Gehörganges auf das Zellgewebe bis zum dicht angrenzenden Zitzenfortsatz als Phlegmone, was durch die innige Beziehung der Theile zu einander und die Incisurae Santorinianae noch besonders begünstigt wird. Hier kann die eitrige Entzündung, nachdem sie den parostalen Abscess hervorgerufen, auf das Periost übergehen und den periostalen Abscess bewirken. Zu gleicher Zeit kann an der Ursprungsstelle im Gehörgange selbst Heilung eingetreten

sein, und wir haben den circumscripten parostalen oder periostalen Abscess vor uns, (Fall 1, 4, 6, 7), was, wie ich später Ihnen mittheilen werde, zu der meiner Meinung nach irrigen Ansicht von einer spontanen Phlegmone, resp. Periostitis spont. hier geführt hat. Dieser Abscess kann wiederum seinerseits nach einiger Zeit unter gewissen Bedingungen durch den äusseren Gehörgang nach aussenzu seinen Weg nehmen und so das Bild geben, wie wir es in den Fällen 2, 3, 5 vor uns gehabt haben.

Gerade auf die letzten Momente möchte ich Ihre Aufmerksamkeit, m. H., gerichtet haben, denn die Beobachtung, dass sich Eiterungen hinter dem Ohre einer Otitis externa anschliessen, ist ja nicht neu. Doch ist sie in neuester Zeit so wenig beachtet oder übersehen, dass mich die ersten Fälle stutzig machten und ich mir den Vorwurf machen musste, nicht sofort die Verhältnisse richtig aufgefasst zu haben. Ich habe nun in der Literatur und in unseren bekannten Lehrbüchern nachgesucht und fand bei diesem Studium nur eine Bestätigung meiner Ansicht. Ueber meine Erklärung des Entstehens solcher Abscesse aus abgelaufenen Otitiden des Gehörganges habe ich Nichts gefunden und glaube ich damit eine in den Lehrbüchern existirende Spontaneität dieser dahin corrigiren zu dürfen, worüber ich übrigens noch später zu sprechen die Absicht habe.

Schwartze geht in seinem bekannten Lehrbuche (L. d. chir. Krankh. des Ohres, Stuttgart 1885, F. Enke) darüber hinweg, fast kaum dieser Möglichkeit gedenkend. Politzer (L. d. Ohrenheilkunde, 2. Aufl., Stuttgart 1887, F. Enke) schildert den Vorgang in sehr kurzer Weise, etwas mehr vielleicht Urbantschitsch (L. d. Ohrenheilk., 2. Aufl., Wien und Leipzig 1884, Urban & Schwarzenberg), der zugleich die Seltenheit des Vorganges durch eine Krankengeschichte illustrirt. Die älteren Lehrbücher, wie Tröltsch und Moos erwähnen kaum dieser Verhältnisse. Nur ein Lehrbuch ist es, das diese Verhältnisse in klarer Weise behandelt. Es ist das von Josef Gruber (L. d. Ohrenheilkunde, Wien 1870, Carl Gerold's Sohn), das ich durch einen eigenthümlichen Zufall erst bei dieser Gelegenheit der Durchmusterung der Literatur in die Hand bekam. Gruber trennt genau die Periostitis in Folge von Entzündungsprocessen, die von der Ohrmuschel und dem äusseren Gehörgange ausgehen, von denen, die aus dem Mittelohre durch die Knochenentzündung kommen. Zugleich weist er auf die differentiell diagnostischen Momente zwischen beiden Vorgängen hin, auf die genauer einzugehen Sie mir erlauben werden, da sie mir sehr charakteristisch zu sein scheinen und da sie mir bei Beobachtung meiner Fälle besonders auffielen, ohne dass ich früher von denselben etwas gewusst hatte. Sie folgen meiner Ansicht nach aus der anatomischen Lage des Verbreitungsbezirkes des Processes. In dem ersten Falle, wenn der Abscess der Mastoidalgegend vom Gehörgange und zwar fast regelmässig von dessen hinterer oberer Wand ausgeht, liegt das Ausbreitungsgebiet der Phlegmone in dem, wenn auch spärlichen, Zellgewebe, das oberflächlich liegt. Daher findet die Entzündung keine Hindernisse zu ihrer Ausbreitung. Die Geschwulst ist mehr oberflächlich und umfangreicher. Durch die Eitermassen oder die eitrige Infiltration des Zellgewebes wird die *Ohrmuschel vorgedrängt*, sie ist *abstehend* und ihre hintere convexe Fläche gleichsam verkürzt, in den Abscess übergehend. Dasselbe Bild ungefähr haben wir auch, wenn der vom Knochen abhängige subperiostale Abscess in seinen späteren Stadien durchbricht und sich im Unterhautzellgewebe verbreitet.

Die Spannung der Gewebe durch den Abscess und der Druck, unter dem der Eiter in diesen Fällen steht, ist ein viel höherer, als sonst bei superficiellen Phlegmonen. Daher sind die Temperaturerhöhungen manchmal recht bedeutend, ebenso der Schmerz und die Druckempfindlichkeit. Doch sind sie weit geringer, als bei dem Periostalabscess, wenn er die Folge einer Osteomyelitis des Processus mastoideus ist.

Bei der Osteomyelitis dagegen beherrschen das Gebiet von vornherein die heftigen Druckerscheinungen, unter denen der Eiter steht. Wir haben die höchsten Temperaturen, wir haben eine colossale Druckempfindlichkeit im Proc. mastoideus. Dabei finden wir die Gegend des Proc. mastoid. selbst zuerst wenig verändert. Wir sehen die Haut vielleicht kaum geröthet, aber ödematös und teigig. Wenn der Eiter sich durch die Knochenhaut in's Unterhautzellgewebe Bahn bricht und dadurch die Spannung eine geringere wird, sehen wir eine Abnahme der alarmirenden Erscheinungen, ich meine des Fiebers und des Schmerzes, während die objectiven Symptome des Abscesses deutlicher werden. Es waltet gerade das umgekehrte Verhältniss, wie im anderen Falle vor. Dort nimmt mit Zunahme des Abscesses der Schmerz und die Resorption der phlogogenen Massen zu, hier mit dem Wachsthum des Abscesses ab.

In solchen Stadien, wo die Meningealreizung, die ja keine Zweifel der Diagnose zulassen würde, nicht ausgeprägt ist, wird es zuweilen unendlich schwer, eine Differentialdiagnose zu machen, doch wird wohl fast immer die Beachtung der Summe der angegebenen Momente mit Berücksichtigung und Hinzuziehung der anamnestischen Data und der Inspection des Ohres, wenngleich auch diesen oft unüberwindliche Schwierigkeiten sich in den Weg stellen werden, uns über diese Klippe hinweghelfen. Ich betone aber nochmals die Summe der angegebenen Momente, denn einzeln für sich genommen sind diese nicht gleichwerthig und jedenfalls nicht pathognomonisch. Am ehesten könnte ich zu diesen die Verdrängung der Ohrmuschel nach vorne zu, das Abstehen derselben, rechnen, wie wir das gleich sehen werden. Das Fieber als solches ist kein ganz sicheres Zeichen, da die Individualität und die Reizbarkeit der Pat. dabei keine geringe Rolle spielen.

Ebenso ist der Schmerz allein nicht ein genügendes diagnostisches Kriterium. Abgesehen davon, dass er individuell verschieden stark ist, dass reizbare nervöse Menschen uns nach der einen Seite hin, der Ueberschätzung dieses, torpide dagegen nach der anderen, der Vernachlässigung oder dem Uebersehen desselben, täuschen, kann der Schmerz in der Gegend des Proc. mastoid. uns irreleiten, da er nicht ausschliesslich dem in Frage gekommenen Processe eigenthümlich ist, sondern hier gerade von einem kleinen Organe, das leicht übersehen wird, der Drüse hinter dem Proc. mastoid. abhängen kann. Die Entzündung dieser Drüse kann derartige Schmerzen verursachen, dass man ganz falsche Schlüsse ziehen kann. Ich möchte das an folgender Krankengeschichte illustriren: Im October 1887 kam ein 16-jähriges Mädchen zu mir in's Hospital und klagte, dass ihr linkes Ohr, aus dem seit Anfang des Herbstes wieder Ohrenfluss sich eingestellt habe, seit einiger Zeit heftig schmerze; dabei habe sie äusserst heftige Kopfschmerzen hinter dem Ohre und in der ganzen linken Kopfhälfte. Im Frühjahre hatte ich Pat. den rechten Zitzenfortsatz trepanirt wegen Osteomyelitis desselben nach einer Ohreneiterung post typhum. Damals war Alles wunderschön mit Erhaltung des Gehörs verheilt, ebenso die bestehende Otitis media supp. des anderen Ohres. Jetzt fand ich eine sehr intensive Schmerzhaftigkeit im unteren Theile des Proc. mastoid., Schwellung hier, die bis zur Ohrmuschel ging, diese selbst etwas abstehend. Ueber der Geschwulst das Gefühl von Fluctuation, aber nicht deutlich. In diesem Falle konnte ich constatiren, wie recht ich mit meiner Annahme hatte. Ein sehr geschickter College, der zufällig zugleich die Pat. mit ansah, machte sofort die Diagnose auf Osteomyelitis, und es war auch der Schmerz ein so intensiver, dass ich selbst fast schwankend wurde. Nur das Symptom des Abstehens der Ohrmuschel zwang mich, an meiner obengenannten Deutung festzuhalten. Eine genauere Inspection des Ohres zeigte auch hinten und oben im Gehörgange eine Otitis externa, von der aus die eitrige Infiltration der Retromastoidalgegend und der Drüse ausgegangen war. Durch die eingeleitete Therapie (Compresse échauff. mit Burow'scher Lösung) wurde meine Diagnose vollständig bestätigt, denn nach ca.

einer Woche war Pat. von ihrer Krankheit hergestellt, ebenso in kurzer Zeit wieder von ihrer Ohreneiterung.

Schliesslich bleibt nur noch ein Mittel übrig zur Sicherstellung der Diagnose, nämlich der sog. Wilde'sche Schnitt, zu dem der Rath von Politzer gegeben ist, wenn auch in anderer Absicht, worüber ich noch zu sprechen gedenke. Findet man den Knochen nach dem Schnitte unverletzt, so könne man einige Zeit abwarten. Im entgegengesetzten Falle gehe man an die Trepanation. Dieses wird ja im Nothfalle auch zu thun sein, doch wird es bei Berücksichtigung aller Umstände hoffentlich äusserst selten vorkommen, denn die Lage des Arztes in diesem Falle einem Kranken gegenüber ist eine sehr prekäre und eine derartige Prognosenstellung mindestens nicht erwünscht. Daher verzeihen Sie mir wohl auch, m. H., diese etwas breit angelegte Abschweifung auf die differentielle Diagnose. (Schluss folgt).

Referate.

N. Woronichin: Beobachtungen über die Behandlung der Diphtherie nach der Methode von Dr. Wyss, im Vergleich mit den anderen im Elisabeth-Kinderhospitale 1867 bis 1886 bei Diphtherie angewandten Behandlungsmethoden. (Trud. Ob. Detskich Wratschei für 1887. 2 Heft. St. Petersburg. 1887. russ.)

Dr. Woronichin veröffentlicht einen sehr lehrreichen Bericht über die von ihm nach der Methode von Dr. Wyss[1]) behandelten Fälle von Diphtherie. In der Absicht, die von Dr. Wyss bei Anwendung seiner Mixtur (Chinin. sulf. 0,4—0,6, Aq. dest. 90,0, Acid. muriat. gtt. 3, Ammonii mur. 6,0, Syr. cort. Aurant. 90,0. MDS. 2 stündlich 1 Thee- resp. Esslöffel) bei Diphtherie erzielten, von Lachmund[2]) und Filatow[3]) bestätigten Erfolge an einem grösseren klinischen Material im Elisabeth-Kinderhospitale zu prüfen, wandte W. diese Behandlungsmethode (übrigens zugleich mit äusserlicher Anwendung von Kali chloricum, Gurgelwasser oder Injection) in 38 Fällen von Diphtherie an und erzielte in 32 Fällen Genesung; in 13 Fällen trat der Tod ein (Mortalität 34,2%). Von diesen 38 Fällen war in 32 die Diphtherie eine fibrinöse und zwar mit Affection der Fauces allein in 21 Fällen — alle genasen; in 11 Fällen war auch der Larynx afficirt — von diesen genasen 4, starben 7. In 6 Fällen war die Diphtherie eine gangränöse — alle starben. Um nun die bei Anwendung der Behandlungsmethode von Dr. Wyss von ihm erzielten Erfolge zu beleuchten, stellt W. einen Vergleich dieser Behandlungsmethode mit den anderen 1867 bis 1885 im Elisabeth-Kinderhospitale bei Diphtherie angewandten Behandlungsmethoden an und stellt das dabei erhaltene Resultat in folgender Tabelle zusammen.

	Acid. mur.	Aq. Chlori.	Mixt. von Dr. Wyss.	Decoct. Chin. Aq. Chlori.	Natr. benz. et salicyl.	Chinin.	nach Dr. Koszutski.	Cl. Martin.	Thymol.	Gemischte Behandlung.	Kali chlor.
Mortalitäts-pCt. in Summa .	21,4	33,3	34,2	45,4	46,1	47.	47,3	51,1	54,5	59,5	62,5.
Mortalitäts-pCt. b. fibrinöser Diphtherie. .	75,4	23.	21,9	40.	22,2	35,7	16,6	30,3	43.	41,9	60,5.
Mortalitäts-pCt. b. gangränöser Diphtherie.	Alle starben.							87,5	92,8	93,7	100.

Im Elisabeth-Kinderhospitale waren in den Jahren 1867—1885 im Ganzen 446 Diphtheriefälle (177 Knaben, 269 Mädchen) zur Beobachtung gekommen mit einer Gesammtmortalität von 52,4%. Bei der fibrinösen Diphtherie war die Mortalität 40,3% (ohne Affection des Larynx — 29,3%, mit derselben — 88,5%); bei der phlegmonös-gangränösen Form — 93,2%.

Von den Knaben genasen 69, starben — 106 (Mortalität — 60,5%), von den Mädchen genasen 141, starben — 126 (Mortalität — 47,0%). Nach dem Alter der verstorbenen Kinder gestaltet sich die Diphtheriemortalität folgendermaassen: Von 204 Kindern unter 4 Jahren starben 140 (Mortalität 68,6%). Im Alter von 4—8 Jahren starben von 137 Kindern — 71 (Mortalität — 51,8%). Von den älteren Kindern (100 Fälle) starben — 20 (Mortalität — 20,0%). Nach der Körperconstitution vertheilt sich die Mortalität in der Weise, dass Kinder von kräftigem Körperbau eine Mortalität von 44,6% darboten.

[1]) Dr. E. Wyss: Die Heilung und Verhütung der Diphtherie. 1879.

[2]) Beitrag zur Behandlung der Diphtherie. Allgem. medicin. Centralztg. 1880. № 1.

[3]) Vorlesungen über Infectionskrankheiten der Kinder. Moskau. 1885. (russ.).

Die Kinder von mässiger Constitution und die schwächlichen Kinder zeigten eine grössere Sterblichkeit — 54,5%, resp. 67,4%.

Auf Grund eines reichen Beobachtungsmateriales kommt W. zu folgenden wichtigen Schlüssen, dass einerseits, solange bei Diphtherie der Larynx intact bleibt oder solange die Diphtherie nicht in der gangränösen Form auftritt, die Mortalität bei derselben gering sein kann bei jeder Behandlungsmethode und dass unter solchen Bedingungen sogar eine vollkommen indifferente Therapie relativ gute Resultate geben kann, andererseits, dass bei Uebergreifen des diphtheritischen Processes auf den Larynx oder bei der phlegmonös-gangränösen Form desselben alle bis jetzt bekannt gewordenen Behandlungsmethoden beinahe gleich erfolglos sein können. — ss.

M. G. Kurlow: Ueber die Heilbarkeit der Lungentuberculose. Experimentelle pathol.-anat. Untersuchung. (Wr. № 9—11).

Auf Prof. Bollinger's (München) Vorschlag unternahm es Vf. diese Frage dadurch zu lösen, dass er die bei Sectionen sich nicht selten vorfindenden sog. geheilten Fälle von Tuberculose der Lungen auf Infectiosität untersuchte. Wir übergehen aus dieser hübschen, sehr lesenswerthen Arbeit die patholog.-anatomische Untersuchung und Classificirung der Residua und die Differenzirung derselben von anderen Lungenspitzenverdichtungen, die im Originale nachzulesen sind und eigentlich Bekanntes, wenn auch in sehr ansprechender Form bringen; ebenso übergehen wir den kurzen historischen Theil und wenden uns zu dem Kern der Arbeit, dem experimentellen Theile.

Die Experimente waren dadurch sehr erschwert, dass die Lungenspitzenpräparate Leichen, die zu Lehrzwecken secirt worden waren, entnommen wurden, also verunreinigt und nicht unter antiseptischen Cautelen herausgeschnitten waren. Sie wurden später nach Möglichkeit desinficirt und dann mehreren Meerschweinchen zugleich in die Bauchhöhle transplantirt. Doch ist es nicht zu verwundern, wenn trotz der Desinficirung mehrere Thiere an septischen Processen zu Grunde gingen. Ausserdem wurden noch jedes Mal wiederholte Untersuchungen auf Koch'sche Bacillen gemacht.

Verf. hat seine 25 Experimente in 4 Gruppen rubricirt je nach dem mikroskopischen Bilde der Lungenspitzenverdichtungen. Die Details muss ich weglassen und reproducire nur die übersichtliche Tabelle, in welche ich die Angabe der mikroskop. Ergebnisse der Schnitte eingeschoben habe.

Beobachtungen	Impfungen	Letaler Ausgang: an Tuberculose	Letaler Ausgang: an Sepsis	Am Leben gebliebene Thiere
I. Impfungen mit reinen Lungenspitzenverdichtungen, wahrscheinlichen Residuen der Tuberculose. Die mikroskopische Untersuchung der Schnitte ergiebt nur Narbengewebe und dazwischen emphysematös entartetes Lungengewebe.				
1	3	0	1	2
2	3	0	0	3
Summa 2	6	0	1	5
II. Impfungen mit Lungenspitzenverdichtungen mit vollständig verkalkten Knoten. Keine Bacillen.				
3	2	0	1	1
4	1	0	0	1
5	2	0	0	2
6	2	0	0	2
Summa 4	7	0	1	6
III. Impfungen mit Lungenspitzenverdichtungen, die käsig-kalkige, begrenzte Knoten enthalten. 5 Mal keine, 4 Mal wenig und zuweilen undeutliche, 2 Mal 2—3 in mehreren Präparaten, 1 Mal viele Bacillen (im käsigen Herde) vorhanden.				
7	2	2	0	0
8	4	2	2	0
9	3	2	1	0
10	2	1	1	0
11	2	1	0	1
12	1	1	0	0
13	2	2	0	0
14	2	1	1	0
15	2	2	0	0
16	2	2	0	0
17	2	2	0	0
18	2	2	0	0
Summa 12	26	20	5	1
IV. Impfungen mit Lungenspitzenverdichtungen mit käsig-kalkigen Knoten und Tuberkeln in der Umgebung. Immer, wenn auch zuweilen wenig Bacillen.				
19	2	2	0	0
20	1	1	0	0
21	2	2	0	0
22	2	1	1	0
23	3	1	2	0
24	2	2	0	0
25	2	2	0	0
Summa 7	14	11	3	0

Verf. folgert daraus, dass nur Gruppe 1 und 2 als geheilte Tuberculose zu betrachten seien. Wo aber, wenn auch nur Spuren verkäster Herde, wie in Gruppe 3 vorhanden, sei von einer Heilung

keine Rede. Diese Beobachtung stehe auch im directen Verhältnisse zum Befunde an Bacillen. In fast allen käsigen Herden (unter 20 in 15) habe Verf. Bacillen nachweisen können, wo er sie nicht gefunden, gebe er zwar die Möglichkeit zu, dass sie ihm trotz der Genauigkeit der Untersuchung und der reichlichen Zahl der Präparate entschlüpft seien, doch könnten auch nur Sporen, «deren Existenz auszuschliessen wir bis jetzt kein Recht haben», vorhanden gewesen sein und Tuberculose bewirkt haben. N.

R. von Planner: Zur Behandlung des chronischen Trippers. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band VI. № 6. 1887).

Bei dieser häufigen Krankheit, so oft eine Plage der behandelnden Aerzte, muss jede neue, grössern Erfolg versprechende Methode freudig begrüsst werden. Verfasser verfügt über ein Material von 40 Fällen chronischer Urethritis torpiden Charakters, in denen er die von Unna ins Leben gerufene Sondenbehandlung anwandte. Er verwandte theils die Unna'schen biegsamen Zinnsonden, theils Casper's modificirte mit Hohlrinnen versehene Neusilbersonden. Die Unna'sche Methode, in jedesmaliger Sitzung 2 aufeinander folgende Nummern zu benutzen, hält P. wegen des grösseren Reizes nicht für angebracht, der Folgen wegen, welche die Behandlung stören können. Ferner macht er von Zeit zu Zeit Pausen von 10 Tagen in der Sondeneinführung. Meist kam Verf. mit 2 Serien von 6—8 Einführungen jeden 2. bis 3. Tag aus, nur 2 Mal musste eine dritte Serie angefangen werden. Die Unna'sche Salbenmasse hat Verf. auch etwas modificirt. Er nimmt: Rp. Gelatin. alb. 30,0, Aq. dest. 100,0, Glycerin 15,0, durch Erwärmen zu einer gleichmässigen Masse vereinigt, hierauf Vaselin. flav. 20,0 zugesetzt, die Masse gekocht und durch Wasser der entstehende Gewichtsverlust gedeckt. Zu der noch flüssigen Masse wird Arg. nitr. in wenig Wasser zugesetzt, so dass man eine 1%—2% Salbenmasse erhält. Die Gelatine dehnt sich beim Schmelzen aus und bringt die Salbenmasse in innigeren Contact mit der kranken Schleimhaut, ausserdem stört bei Gelatine keine fette Substanz wie Ol. Cacao etc. den Contact. P. lässt die Sonde gewöhnl. ½ Stunde liegen.

Derselbe Verfasser veröffentlicht einen allerdings recht praktischen Dilatator urethrae (gleichzeitig von Dr. Oberländer unabhängig von P. construirt), der es gestattet den Grad der Dilatation genau zu verfolgen; namentlich gut verwendbar für Urethritis anterior. Näheres im Original. E. K. (Qu.)

Gundobin: Rhus aromatica bei Enuresis nocturna. (Med. Obsr. 7).

Auf Grund seiner Beobachtungen in 12 Fällen von Enuresis nocturna kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Extr. fluidum rhois aromaticae stellt in einigen Fällen ein gutes Mittel gegen nächtliches Bettnässen dar und wirkt zuweilen sehr rasch.

2) Ein Erfolg ist schwer zu erwarten, wenn die Enurese secundär (nach Nephritis u. dergl.) auftritt oder wenn das Mittel nach 10tägigem Gebrauche keine Wirkung äussert.

3) Unangenehme Nebenerscheinungen sind beim Gebrauche des Mittels nicht beobachtet worden und hat es Unna sogar Monate lang fortbrauchen lassen. Verf.'s Maximaldosen waren bei einem 12jährigen Kinde 20, bei einem 4jährigen 8 Tropfen 2 Mal täglich.

Verf. hält die Fälle, wo Rhus aromatica (auch Extr. Belladonnae) sich wirksam erweist, für Neurosen mit erhöhter Empfindlichkeit des Sphincters oder beider Zustände zusammen. Hz.

E. Finger: Ueber die sogenannte Leichenwarze (Tuberculosis verrucosa cutis) und ihre Stellung zum Lupus und zur Tuberculose. (D. med W. № 5.)

Ein an hochgradiger Tuberculose verstorbener 41 Jahre alter Zimmermaler bot am linken Vorderarm und Handrücken 5 warzige Plaques dar mit allen Charakteren der Leichenwarze. Dieselben sollen 20 Jahre bestanden haben. Mikroskopisch enthalten diese Warzen in einem kleinzelligen Infiltrat Miliartuberkel, welche entweder nach dem Typus der Riesenzellen-, oder der Endothelzellen-Tuberkel gebaut sind, und spärliche Tuberkelbacillen enthalten. Dieser mikroskopische Befund, sowie die Durchsicht der betreffenden Literatur lassen Verf. zum Schluss folgendermaassen resumiren: Oertliche Einwirkung von Tuberkelvirus erzeugt auch Formen der Hauttuberculose, die von den bekannten tuberculösen Ulcerationen der Haut wesentlich verschieden sind, anatomisch und klinisch dem Lupus verrucosus sehr nahe stehen und auch von Allgemeinerscheinungen gefolgt sein können. Max Schmidt.

O. Petersen: Versuch einer pathologisch-anatomischen Statistik der visceralen Syphilis. Vortrag. (Monatshefte für praktische Dermatologie. VII. Bd. № 3. 1888).

Vf. wirft in dieser interessanten Arbeit zwei Fragen auf: 1) Wie häufig findet sich bei den Sectionen die viscerale Syphilis? 2) Welche inneren Organe werden am häufigsten von der Syphilis betroffen? Was Punct 1 anbetrifft, so giebt Verf. die ihm zu Gebote stehenden Daten aus der Literatur, denen er eine stattliche Anzahl eigener Fälle hinzufügt. Von den ersteren kommen in Betracht: Virchow 3,2% (incl. hereditäre Syphilis), Cruse 1,3%, Uskow 1,0% und Reimer 2,1% (incl. hereditäre Syph.), im Mittel ergeben diese Zahlen 1,9%; diese Zahl stimmt auffallend mit der von P. selbst gefundenen, nämlich 1,8%, überein; diese 1,8% recrutiren sich nur aus acquirirten Erkrankungsfällen, während Virchow und Reimer auch hereditäre Syph. hineingezogen haben, daher ihre Procentziffern grösser sind. Rechnet man P.'s Fälle (2808 Sectionen mit 52 Fällen visceraler Syph. = 1,8%) zu den übrigen (*21,757 Sectionen* mit 969 Fällen = 1,9%), so ergiebt sich eine Zahl von 2,3%. Es kommt somit viscerale Syph. in 2,3% der secirten Fälle zur Beobachtung (wenn man acquirirte und hereditäre Syph. in Betracht zieht), dagegen in 1,8% bei acquirirter Syph. allein. Der Werth dieser Ziffern ist natürlich vorläufig nur ein relativer.

Was die 2. Frage anbetrifft, so wird leider nur mit einem geringen Material von 88 Fällen (53 Männer, 35 Weiber) gerechnet. Das Ueberwiegen der Männer ist nur ein scheinbares, da P. mit einem Hospitalmaterial rechnet, das die doppelte Anzahl von Männern zur Section liefert. Was das Alter der Erkrankten betrifft, so kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Syphilis, falls sie visceral wird, als Infectionsalter 20—25 Jahre angenommen, in 17—22 Jahren zum Tode führt. Was die Todesursache betrifft, ergiebt sich, dass von den 88 mit visceraler Syphilis Behafteten 36 an Syphilis, 52 an anderen Krankheiten gestorben waren. Die häufigsten Todesursachen der an den Folgen der Syphilis Gestorbenen waren Nephritis, Encephalitis, Hepatitis und allgemeine Cachexie.

Unter den Organen waren am häufigsten die Leber, dann die Milz, Nieren und Knochen ergriffen; es kommen jedoch an fast allen Organen syphilitische Erkrankungen vor. Die Art der Veränderungen sind theils interstitielle Processe, theils Gummata mit Zerfall und Narbenbildung. Die *Leber* war unter 88 Fällen 79 Mal afficirt: sternförmige Narben, die auch das Lebergewebe selbst betreffen, und Lappenbildung theils in Folge von Schrumpfung der Narben, theils durch Zerfall von Gummata, ferner Atrophie des linken Lappens. Entgegen Chwostein, der eine bedeutende Ziffer für Gehirngummata angiebt, hat Petersen keinen einzigen unter seinen 52 Fällen angetroffen, wohl weil solche Patienten in Irrenhäusern ihre Zuflucht suchen. Die *Nieren* waren 34 Mal ergriffen — es trafen sich: hauptsächlich interstitielle Nephritis, Gummata selten, dann Narben und Amyloid. In der Milz fanden sich in 33 Fällen Veränderungen, unter denen Amyloid die erste Stelle einnahm, dann folgten Narben, dann Gummata. Betreffs der Details verweisen wir auf das Original.

Wir sehen diese Arbeit als einen wichtigen Schritt auf dem Gebiete der Syphilisstatistik an und schliessen uns der Hoffnung des Verf. an, dass diese Arbeit fortgesetzt werden möge nicht nur vom histologischen, sondern auch vom statistischen Standpuncte aus. Es wäre höchst wünschenswerth, dass bei den Sectionen gerade auf syphilitische Veränderungen Acht gegeben und die Zahlen veröffentlicht würden. Die Syphilisstatistik liegt noch sehr im Argen und lässt an Klarheit viel zu wünschen übrig; mit um so grösserer Freude müssen wir derartige Arbeiten begrüssen, die zielbewusst Licht und Ordnung in eine so überaus wichtige Frage hineinzubringen versuchen. E. K. (Qu.).

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Руководство къ частной хирургіи для врачей и учащихся Проф. Ф. Кёнига; перев. съ 4. нѣм. изд. Д-ра Д. Г. Фридберга. Русск. изд. второе. Томъ III, съ 91 рис. — С.-Петербургъ 1887. Карлъ Риккеръ. Ц. полному соч. 13 р. 50 коп.; кажд. тому 5 р.

— Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung. Eine anatomo-pathologische und klinische Studie von Dr. Theodor Heryng. Mit 3 Holzschn. u. 3 lithogr. Tafeln. — Stuttgart 1887. Ferdinand Enke. Pr. 6 Mk.

— Dr. H. Ploss: Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Anthropolog. Studien. 2. Aufl. Bearbeitet und herausgeg. von Dr. Max Bartels. Mit 7 lithogr. Taf. u. 100 Abbild. im Text. 8. und 9. Lief. — Leipzig 1887. Th. Grieben's Verlag (L. Fernau).

— Ueber die Localisation der Gehirnkrankheiten von Prof. H. Nothnagel und Prof. B. Naunyn. Mit 2 Doppel-Taf. (Sep.-Abdr. aus «Verhandlungen des VI. Congresses f. innere Med. zu Wiesbaden 1887»). — Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann. Pr. 1 Mk. 60.

— Ueber secundäre Sinnesempfindungen. Academische Antrittsrede, geh. 9. Juli 1887 von Prof. H. Steinbrügge. — Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann. Pr. 80 Pf.

— Meine Erlebnisse von Ferdinand Arlt. Mit 2 Portraits und der Facsimileproduction eines Briefes. — Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann. Pr. 4 Mk. 20.

— Die Therapie der Phthisis von Dr. P. Dettweiler und Prof. F. Penzoldt. (Sep.-Abdr. aus «Verhandlungen des VI. Congresses f. innere Med.» zu Wiesbaden 1887). — Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann. Pr. 1 Mk. 60.

— Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes nebst Bemerkungen über den bacteriologischen Charakter des Nagelschmutzes von Prof. P. Fürbringer. — Wiesbaden 1888. J. F. Bergmann. Pr. 1 Mk. 20.

— Die trachealen Injectionen. Für Thierärzte von Johannes Buch. — Osterwieck (Harz) 1887. A. W. Zickfeldt. Pr. 1 Mk. 50.

— Inzucht und Consanguinität von Schiller-Tietz. Osterwieck (Harz). A. W. Zickfeldt. Pr. 1 Mk.

— Lehrbuch der pathologischen Anatomie von Prof. F. V. Birch-Hirschfeld. 3. Aufl., 2. Bd., 2. Hälfte. Mit 101 Abbild. im Text. — Leipzig 1887. F. C. W. Vogel. Pr. 12 Mk.

— Dr. Otto Roth. Die Arzneimittel der heutigen Medicin mit therapeutischen Notizen. Zusammengestellt für prakt. Aerzte und Studirende der Medicin. 6. Aufl. Neu bearbeitet von Dr. Gregor Schmitt. — Würzburg 1887. A. Stuber's Verlagshandlung.

— Das deutsche Medicinalwesen. Das Civil-Medicinalwesen von Prof. A. Guttstadt. Das Militär-Medicinalwesen von Dr. Schill. Herausg. von Dr. S. Guttmann. — Leipzig 1887. Georg Thieme.

— Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M. Herausg. von dem ärztlichen Verein. XXX. Jahrg. 1886. — Frankfurt a. M. 1887. J. D. Sauerländer's Verlag.

— Руководство къ физіологіи, издан. Профессоромъ Л. Германномъ. Томъ V, 2 ч., 2 пол. I. Физіологія всасыванія, образованія лимфы и уподобленія Проф. В. ф. Виттиха. II. Движенія пищеварительнаго, отдѣлительнаго и половаго аппарата Проф. З. Майера. Перев. съ нѣм. Проф. А. Я. Щербакова. — С.-Петербургъ 1887. (5 прил. къ Военно Мед. Журн. за 1887 г.).

— Медицина въ 1886 году. Годичникъ врачебной литературы по всѣмъ ея спеціальностямъ Подъ редак. Спримона. Выпускъ I. — Москва 1887.

— Studien über das Lipom von Dr. J. Grosch; veröffentlicht von Prof. Ed. v. Wahl. (Separat-Abdr. aus «Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie». Bd. XXVI).

— De la dilatation utérine en gynécologie par F. Fraipont. — Liège 1887.

— Ueber den Mechanismus der Schädelbrüche von Wilhelm Greiffenhagen. Inaug.-Diss. — Dorpat 1887.

— Untersuchungen über den Einfluss des Coffeïns und Thees auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge von Heinrich Dehio. Inaug.-Diss. — Dorpat 1887.

— Ueber lipogenen Diabetes von Prof. E. H. Kisch. (Sep.-Abdr. aus «Berl. klin. Wochenschr.». 1887. № 46).

— De l'electricité comme agent therapeutique en gynécologie par le Prof. Paul F. Mundé. Traduit par le Dr. P. Ménière. — Paris 1888. Octave Doin.

— Dr. G. Beck's therapeutischer Almanach. 15. Jahrgang. 1888. 1. Sem. — Bern 1888. Schmid, Franke & Co.

Vermischtes.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Orel, welche bekanntlich vor Kurzem ihr 25-jähriges Jubiläum beging, hat einstimmig beschlossen, Dr. Dreypölcher die Gefühle ihres Beileids anlässlich des unverschuldet über ihn hereingebrochenen Kummers auszudrücken und gleichzeitig denselben zu ihrem Ehrenmitgliede erwählt.

— Am 17. Juni ist Prof. W. Gruber aus St. Petersburg nach Berlin abgereist, wo er für's Erste einige Zeit zu verbleiben gedenkt. Auf dem Bahnhof hatten sich viele seiner Collegen, Freunde, sowie eine grosse Zahl seiner früheren Schüler eingefunden, um sich von ihm zu verabschieden.

— Von der Ober-Militär-Medicinalverwaltung ist der Professor der Hygiene an der milit.-med. Academie, Dr. Dobrosslawin, in die Truppenlager im Süden Russlands gesandt, um die Sanitätsverhältnisse derselben zu untersuchen und die Militärärzte mit den nothwendigen hygienischen Maassregeln bekannt zu machen. Zu gleichem Zwecke ist der Leiter des hygienischen Laboratoriums am Nicolai-Militärhospital, Dr. Ssudakow, in das Lager von Krassnoje Sselo abcommandirt.

— Die *kaukasische medicinische Gesellschaft* hat die *Prämie*, welche sie jedes Jahr für die beste in dem von ihr herausgegebenen Jahrbuche (Кавказскій Сборникъ) erschienene Arbeit verleiht, diesmal Dr. J. Kucharski für seine Abhandlung „Ueber den Mikroorganismus des Trachoms" zuerkannt.

— *Ernannt*: Der ältere Schiffsarzt der I. Flotteneqipage des General-Admirals Grossfürsten *Konstantin Nikolajewitsch*, Colleg.-Rath Katschanowski — zum Consultanten für Chirurgie und ält. Ordinator am Kronstädter Marinehospital.

— *Verstorben*: 1) Am 14. Juni hierselbst der ehemalige Oberarzt der in der Nähe von St. Petersburg auf der 11. Werst an der Peterhofer Chaussee liegenden Irrenanstalt «Aller Leidtragenden» (Всѣхъ Скорбящихъ), wirkl. Staatsrath Dr. Wilhelm Lorenz, im 75. Lebensjahre. Nach Absolvirung der medicinischen Studien an der hiesigen medico-chirurgischen Academie war L. anfangs Militärarzt, später viele Jahre Oberarzt an der obengenannten Irrenanstalt. Eine Reihe von Jahren unterhielt er auch eine Privat-Heilanstalt in der Nähe der Irrenanstalt. Im J. 1882 trat Lorenz in den Ruhestand. 2) Am 16. Juni in St. Petersburg Dr. Ludwig Wiltzer. Der Verstorbene stammte aus Wenden (Livland) und studirte Medicin anfangs in Dorpat, später an der medico-chirurgischen Academie in St. Petersburg. Lange Jahre hat W. hierselbst als Arzt an der Maximilian-Heilanstalt und an der hiesigen Mineralwasseranstalt fungirt. 3) In Kischinew am 30. Mai der Gouvernements-Medicinalinspector von Bessarabien, wirkl. Staatsrath Dr. Gabriel Malek, nach langer Krankheit, im 47. Lebensjahre. 4) Am 20. April der Bezirksarzt des I. donischen Bezirks, Andr. Platonow. 5) In Buffalo (Nordamerika) Dr. A. Davidson, Professor der medicin. Chemie an der Niagara-Universität und Herausgeber des «Buffalo Medical and Surgical Journal». 6) Am 17. Juni in Obojan der bekannte russische Kliniker, wirkl. Staatsrath Dr. Valerian Laschkewitsch, Professor der therapeutischen Klinik an der Universität Charkow. Ein ausführlicher Nekrolog folgt in der nächsten Nummer.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 12. Juni d. J. 5502 (176 weniger als in der Vorwoche), darunter 336 Typhus- (18 weniger), 493 Syphilis- (3 mehr), 89 Masern- (5 weniger), 40 Scharlach- (8 mehr), 15 Diphtherie- (1 weniger) und 14 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorwoche).

— Generalarzt Prof. Dr. Leuthold ist vom deutschen Kaiser zu dessen Leibarzt ernannt worden.

— Der Augenarzt Dr. Carl Koller aus Wien, welchem die Augenheilkunde die Entdeckung der local anaesthesirenden Eigenschaft des Cocains verdankt, hat sich in New-York niedergelassen, wo er die Leitung einer augenärztlichen Ambulanz übernommen hat. Auffallend ist es, dass Dr. Koller, nachdem er als Arzt an der oculistischen Abtheilung des allg. Krankenhauses in Wien und dann einige Jahre als Assistent Donder's und Snellen's in Utrecht fungirt, bei seiner Rückkehr nach Wien, daselbst weder zu einer Anstellung, noch zur Praxis gelangen konnte und daher nach Amerika auswanderte.

— Der bekannte Physiolog Prof. Ed. Pflüger in Bonn ist für seine Arbeiten in der Physiologie, namentlich über Respiration, thierische Wärme und Irritabilität der Nerven, von der Royal Society in London zum *auswärtigen Mitgliede* gewählt worden.

— In Alexandria hat am 8. Juni n. St. die *Enthüllungsfeier des Denkmals* stattgefunden, welches daselbst zu Ehren des vor einigen Jahren auf seiner Forschungsreise zum Studium der Cholera in Egypten verstorbenen Dr. Thuillier aus Paris errichtet worden ist.

— Am 20. Juli n. St. findet in Paris die *Eröffnung der hygienischen Ausstellung* statt.

— Neuerdings ist hier, wie die «Nowosti» berichten, wieder ein *Todesfall an Tollwuth trotz regelrecht und zeitig angewandter Pasteur'scher Präventivimpfungen* vorgekommen. Der Fall betrifft die 13-jährige Tochter eines Bediensteten der Station Udelnaja an der finnländischen Eisenbahn, *Ida Tukki*, welche im April-Monat von dem Hunde eines Nachbars gebissen wurde. Der Hund wurde getödtet und soll von dem Veterinärarzt als toll befunden worden sein. Das gebissene Mädchen wurde nach St. Petersburg gebracht und in der hiesigen bacteriologischen Station den Pasteur'schen Impfungen unterworfen. Nach zwei Wochen war die Gebissene bereits als geheilt nach Hause zurückgekehrt, besuchte wieder die Schule und befand sich ganz wohl bis zum 11. Juni, wo sie plötzlich unter den Symptomen der Hundswuth erkrankte, welcher sie am 13. Juni im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg auch erlag.

— Mittelst Erlasses des Medicinal-Departements von 19. Mai c. ist *die Zulassung von Personen weiblichen Geschlechts zur Ausübung des pharmaceutischen Berufes* decretirt worden. Darnach ist Mädchen und Frauen, welche eine dem Cursus der 4 unteren Classen der männlichen Gymnasien entsprechende Prüfung bestanden und überdies ein Zeugniss über genügende Kenntniss der lateinischen Sprache beibringen, der Eintritt in Apotheken als Schülerinnen gestattet. Hauslehrerinnen haben nur eine entsprechende Prüfung im Lateinischen zu bestehen. Nach Beendigung der praktischen Lehrzeit müssen die weiblichen Lehrlinge die Apothekergehilfen- und Provisorprüfung bei der medicinischen Facultät einer Universität oder bei der militär-medicinischen Academie in St. Petersburg ablegen und sich hierzu auf privatem Wege vorbereiten, zu welchem Behufe Privat-Curse eingerichtet werden sollen. Apotheken, die weibliche Lehrlinge aufnehmen, dürfen nicht gleichzeitig männliche Lehrlinge beschäftigen.

— In Kiew ist ein Reservesoldat *Matlakow*, welcher bereits zu wiederholten Malen wegen *ungesetzlichen Curirens* aus der Stadt verwiesen, von Neuem arretirt worden. Dieser *Matlakow* erfreut sich beim gemeinen Volke einer grossen Popularität, doch verschmähen es auch Personen anderer Stände nicht, sich an ihn zu wenden, denn *eine «Dame» befolgte auf's Gewissenhafteste den Rath des Curpfuschers und trank ein Infusum, aus 2 Pud Heu und ½ Pud eines besonderen Krautes* (Живица) bereitet.

(Kiewljanin. — Wratsch).

— Das «militär-medicinische Journal» (Военно-Медицинскій Журналъ) zählte im Jahre 1887 Abonnenten: 3031 obligatorische d. h. Militärärzte, 88 nichtobligatorische und ausserdem noch 7, welche die Beilagen bezogen. Die Einnahmen des Journals beliefen sich auf 47,736 Rbl. 81 Kop.; davon entfielen auf das Journal 19,783 Rbl. 31 Kop. und auf die Beilagen 27,953 Rbl. 50 Kop. Verausgabt wurden für die Redaction des Journals 6429 Rbl., an Honorar für die



Autoren und Uebersetzer 6159 Rbl. 8 Kop. und für ausländische Bücher und Journale 254 Rbl. 70 Kop.

— Die beiden Aerzte, welche von der französischen Regierung behufs Studiums der Hospitäler und Sanitätseinrichtungen nach Deutschland und Oesterreich geschickt worden, sind Dr. Huchard, Leiter der internen Abtheilung am «Hôpital Bichat», und Dr. Schwartz, Professor an der Pariser medicinischen Facultät.

— Privaten Nachrichten aus *Neapel* zufolge ist dort wieder die *Cholera* aufgetreten.

— Die ungarische Academie der Wissenschaften hat folgende hygienische *Preisfrage* ausgeschrieben: «Einfluss des Missbrauchs der geistigen Getränke auf die Zunahme der Verbrechen; wie könnte diesem socialen Uebel am zweckmässigsten gesteuert werden?» — *Preis: 100 Ducaten.* Die betreff. Arbeiten sind bis zum 30. September 1888 n. St. einzureichen.

— In Paris hat sich eine Gesellschaft von Augenärzten unter dem Namen «Société parisienne d'ophthalmologie» gebildet, deren Mitglieder nur Franzosen sein können. Die Gesellschaft nimmt aber auch Mittheilungen von Specialisten anderer Länder an und bringt sie zur Discussion. Präsident derselben ist Chevalerau, Secretär M. Gorecki.

— Dr. Petri hielt in der letzten Sitzung der «Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege» zu Berlin einen Vortrag *über die Gesundheitsgefährlichkeit und den Nachweis des Kohlenoxyds bei den sogenannten Carbon-Natron-Oefen*, die auch bei uns in letzter Zeit in Gebrauch gekommen sind. Er wies in demselben nach, dass die verschiedenen Sorten von Oefen, bei welchen die Heizgase vollständig oder theilweise in's Zimmer strömen, in hygienischer Beziehung sehr nachtheilig seien. Wiederholt sind *Vergiftungen durch Kohlendunst beim Gebrauch dieser Oefen* vorgekommen. Petri hat mit einem solchen Ofen exacte Versuche in einem verhältnissmässig grossen Raum (100 Cubikmeter) angestellt und das *Kohlenoxyd direct nachgewiesen.* Der Beweis für das Vorhandensein des Kohlenoxyds wurde chemisch durch die Schwärzung des Palladiumchlorürs, sowie durch die chemisch-spectroscopische Probe vermittelst verdünnter Blutlösung erbracht. Mäuse, welche in dem Zimmer in kleinen Drahtkäfigen in verschiedener Entfernung vom Ofen aufgestellt wurden, starben nach Verlauf von 2 bis 3 Stunden an Kohlenoxyd und in ihrem Blute liess sich letzteres in exactester Weise nachweisen. Dr. Petri warnt daher dringend vor dem Gebrauche solcher Oefen und hält auch die Abführung der Verbrennungsgase durch einen seitlich angebrachten Gummischlauch, der zum Fenster hinausgeleitet wird, keineswegs für ausreichend, da trotzdem, wie durch Versuche constatirt wurde, der grösste Theil des gebildeten giftigen Kohlendunstes in's Zimmer entweicht.

(Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— Die Zahl der im laufenden Sommersemester 1888 an nachfolgenden *deutschen Universitäten immatriculirten Mediciner* beträgt: In Berlin 1159 Mediciner bei einer Gesammtzahl von 4767 Studirenden (ausserdem 1477 Hospitanten), München 1329 Med. (Gesammtzahl 3809 Stud.), Würzburg 925 Med. (1547 Stud.), Leipzig 783 Med. (3208 Stud.), Greifswald 478 Med. (1066 Stud.), Freiburg 448 Med. (1125 Stud.), Breslau 410 Med. (1343 Stud.), Bonn 366 Med. (1313 Stud.), Halle 306 Med. (1489 Stud.). Kiel 285 Med. (560 Stud.), Erlangen 275 Med. (925 Stud.), Königsberg 255 Med. (862 Stud.), Strassburg 254 Med. (828 Stud.), Heidelberg 253 Med. (994 Stud.), Göttingen 245 Med (1056 Stud.), Jena 207 Med. (634 Stud.), Rostock 148 Med. (347 Stud), Tübingen 143 Mediciner bei einer Gesammtzahl von 1449 Studirenden.

— Die *Pariser Société de biologie* hat beschlossen, im nächsten Jahre einen *internationalen Physiologen-Congress* in Paris zu veranstalten, und ein Organisationscomité, bestehend aus den Präsidenten der Gesellschaft, Prof. Brown-Séquard und Montpellier, sowie den Proff. Richet, Marey und d'Arsonval, zu diesem Zweck niedergesetzt.

— In Spencerville O. U. S. haben die Aerzte unter einander einen Vertrag abgeschlossen, laut welchem sie Listen über nichtzahlende Kranken führen und einander mittheilen; die säumigen Zahler werden von ihnen nur gegen Baarzahlung behandelt und sollen in Folge dieser Maassregel schon viele alte Schulden eingelaufen sein. «Mögen die Aerzte anderwärts ebenso handeln!»

(New-York Med. Rec. 1888. April 14.)

— Dr. Howard Pikkney schlägt im New-York Med. Record 3. März vor, Terpenthinölbäder in der Weise zu bereiten, dass man eine gesättigte Lösung von gelber Seife (℥VI) in Wasser bereitet, dieser 3—4 ℥ Ol. Terebinthinae zusetzt und das Ganze gut schüttelt, wodurch eine rahmartige Emulsion entsteht. Von dieser wird die Hälfte dem Bade zugesetzt, wobei der schwache Terpenthinöl-Geruch durch ein angenehmes Fichtenparfüm ersetzt wird. Beim Gebrauche dieses Bades müssen etwaige wunde Stellen am Körper durch irgend eine Salbe geschützt werden.

— Laut letzter Zählung betrug am 1. Januar 1887 die Bevölkerung von Japan 38,507,177., davon waren alt zwischen 70 und 80 Jahren — 1,086,001, zwischen 80 und 90 — 247,055, zwischen 90 und 100 — 12,220 und über 100 — 97 (73 Weiber und nur 24 Männer; zwei Weiber waren 109, eins 111 Jahre alt).

(New-York Med. Rec. March. 3.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 5. bis 11. Juni 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
324	267	591	117	60	117	17	7	16	51	51	48	44	43	14	5	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 52, Scharlach 8, Diphtherie 8, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 38, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 80, Todtgeborene 22.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	3.—9. Juni	2430	29,5	—	1219	14,9
Paris	2 260 945	3.—9. Juni	1167	26,8	93	962	22,4
Brüssel	181 270	27. Mai - 2. Juni	91	25,8	6	90	25,8
Stockholm	221 549	27. Mai - 2. Juni	138	32,9	7	82	19,2
Kopenhagen	300 000	6.—12. Juni	200	34,6	1	129	22,8
Berlin	1 414 980	3.—9. Juni	800	29,4	23	549	20,2
Wien	800 836	3.—9. Juni	522	33,8	28	425	27,5
Pest	442 787	27. Mai - 2. Juni	316	37,8	23	276	32,4
Warschau	444 814	3.—9. Juni	284	33,1	24	213	24,9
Odessa	268 000	3.—9. Juni	—	—	9	141	27,4
St. Petersburg	**861 303**	**10.—16. Juni**	**600**	**36,2**	**21**	**566**	**34,3**

Berichtigung. In № 24 pag. 215 Sp. 2 Z. 24 lies Methan statt Methom.

Дозв. ценз. Спб. 24. Іюня 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 27. St. Petersburg, 2. (14) Juli 1888.

Zur Aetiologie der Eiterungsprocesse ringsum den Processus mastoideus.

(Vortrag gehalten am 1. März 1888 im Verein St. Petersb. Aerzte).

Von

Dr. J. F. Neumann,

Ordinator des „Marienhospitals für Arme".

(Schluss)

Erlauben Sie mir nun auf die Frage über die Aetiologie der Eiterungen in der Mastoidalgegend zurückzukommen.

Sehen wir von den traumatischen Phlegmonen ab, so bleiben uns eigentlich nur zwei Ursachen für die eitrigen Processe in dieser Gegend übrig, einmal die Osteomyelitis des Proc. mastoid. und die Verbreitung auf das Nachbargewebe, und zweitens der eitrige Process im äusseren Gehörgange, wie ich es Ihnen eben vorgetragen. Ich sage eigentlich, denn man kann noch eine Deutung nicht ganz von der Hand weisen, wenn sie auch meiner Ansicht nach nicht wahrscheinlich sein dürfte. Diese Ansicht theilte mir College Selenkow mit, gelegentlich eines Falles, den wir zusammen beobachtet haben. Selenkow erklärt sich die Entwickelung in der Weise, dass die entzündungerregenden Agentien bei bestehender Otitis media suppur. ihren Weg aus der Paukenhöhle im knöchernen Gehörgange durch den Raum zwischen Knochen und Gehörwand nehmen und auf diese Weise in's Zellgewebe gelangen.

Wie gesagt, die Möglichkeit dieser scharfsinnigen Erklärung ist nicht abzusprechen, es scheint mir aber weniger Wahrscheinlichkeit dafür in den anatomischen Verhältnissen zu liegen. Der Weg, den dabei die Entzündungserreger zu machen haben, ist etwas lang, denn die Länge des knöchernen Gehörgangs beträgt ca. 1½ Ctm., und dann geht es durch ein festes, straffes Gefüge, kein lockeres Zellgewebe. Weiterhin würde diese Auffassung die Entstehung der Phlegmonen, wo keine Mittelohreiterung besteht, nicht erklären.

Ich glaube für meine Deutung der hierbei obwaltenden Verhältnisse noch aus der Literatur einen Beweis gefunden zu haben. Voltolini (Monatsschrift für Ohrenheilk. 1875, Dec. und 1877, Sept.) beschreibt an der ersten Stelle drei, an der anderen zwei Fälle von «einer selbständigen, eigenthümlichen Entzündung der Gegend über und hinter dem Ohre», die bis dahin von Niemandem beschrieben sei. Ob diesem Leiden endemische Ursachen zu Grunde lägen, wisse er nicht, die Krankheit scheine durch athmosphärische Einflüsse, d. h. Erkältungen hervorgerufen zu werden, das Ohr bleibe gewöhnlich verschont, könne aber im Verlaufe mit angegriffen werden. Beginn der Krankheit «mit den heftigsten, reissenden Schmerzen an einer oder beiden Kopfseiten», Verbreitung auf Gesicht, Zähne etc., so dass Pat. anfangs glaubte, an blossen heftigen Zahnschmerzen zu leiden»; Fiebererscheinungen. Nach einigen Tagen die beginnende Phlegmone hinter dem Ohre mit allen ihren möglichen schlimmen Folgen. Es könne jetzt auch der Eiter die häutige obere und untere Wand des Gehörganges durchbohren; und nun sei es schwer, wenn man jetzt gerufen, zu entscheiden, von wo die Eiterung komme. Seiner Meinung nach sei kein Theil des Ohres schuld an der Entzündung. Er nennt die Krankheit eine spontane Entzündung.

Ferner theilt Dr. Blake (Arch. f. Augen- und Ohrenheilkunde, Bd. V) Aehnliches mit.

Knapp bestätigt in seinem Report of the first congress of the international otological society, New-York 1876, September, den ich aus Voltolini's sehr genauem Referat (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 77, Sept.) kenne, die Voltolinischen Beobachtungen und nennt die Krankheit Periostitis.

Diesen Publicationen folgen die von Jacobi, Turnbull, Swan Burnett, Hotz und Kirchner, wobei die Einen den Process als phlegmonösen, die Anderen ihn als Product einer acuten Periostitis ansehen. In dem neuesten Lehrbuche für Ohrenheilkunde, dem von Politzer, sind sie im Capitel primäre Periostitis mastoidea zusammengefasst.

Nach Durchsicht der Fälle bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass sie zur Kategorie der von mir angegebenen und gedeuteten Fälle gehören. Aber abgesehen davon, möchte ich hier auf die Unhaltbarkeit einer eitrigen primären oder spontanen Periostitis hinweisen und eine solche eigentlich gestrichen wissen. Denn pathologisch-anatomisch ist eine spontane, eitrige Periostitis ein Unding. Eine solche ist entweder die Folge einer Osteomyelitis oder andererseits die Folge eines eitrigen Processes, der auf das Periost

übergegriffen hat, aber nie und nimmer eine spontane und primäre.

M. H.! Die Berechtigung dafür, dass ich bei der Auseinandersetzung dieser Verhältnisse mich mit mehr Breite, als es vielleicht erlaubt ist, aufgehalten habe, finde ich in dem praktischen Interesse. Im Auge habe ich dabei speciell die Trepanation des Proc. mastoid., eine der segensreichsten Operationen. Ich fürchte nur, dass diese, wie es schon einmal geschehen ist, wieder in Misscredit und dann in Vergessenheit gerathen könnte, was leicht passiren kann, wenn die Indicationen nicht scharf gestellt werden. Den Umstand, dass es mir bei meinem ersten Pat. nicht gelang, sofort eine klare Uebersicht über die Verhältnisse zu gewinnen, könnte ich ja als persönlichen Misserfolg betrachten. Doch auch Anderen erging es ebenso, dass sie nicht die rechte Sachlage erkannten. Es ist mir ein Fall bekannt, und es wird wohl nicht der einzige sein, wo geschickten Aerzten ganz derselbe Symptomencomplex der Art imponirte, dass sie die Trepanation ausführten und zu ihrem höchsten Erstaunen keinen Eiter im Knochen und im Centrum fanden. Dasselbe fand ich bei sogar flüchtiger Durchmusterung der Literatur. Speciell habe ich im Auge die Publication von Buck (Arch. f. Augen- und Ohrenheilkunde, Bd. III), in der eine ganze Reihe von Fällen zusammengestellt werden und wo zu sehen, dass dem Autor auch bei der Publication es nicht aufgefallen ist, dass die Trepanation vielfach ganz unnützer Weise ausgeführt worden war.

Und nun, m. H., erlauben Sie mir noch für einige Augenblicke Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen bezüglich einer Frage, die im engsten Connexe mit der bisher behandelten steht. Ich meine den sog. Wilde'schen Schnitt und dessen revulsive Kraft. Es wird von einigen Ohrenärzten diesem Schnitte noch eine besondere Wirkung vindicirt, die revulsive, gegen Entzündungen; der Schnitt soll sogar in Fällen von eitriger Osteomyelitis der Art ableitend wirken, dass die entzündlichen Erscheinungen im Knochen schwinden. Dieses ist doch wohl eine Unmöglichkeit. Ich glaube demnach nicht fehl zu gehen, wenn ich behaupte, dass der Schnitt diese revulsive Kraft nur in solchen Fällen gehabt hat, wie ich sie oben angeführt habe und die nicht als das gedeutet worden sind, was sie eigentlich waren, d. h. dass er immer und nur ein Entspannungsschnitt ist, wie bei jeder Phlegmone.

Referate.

Séguin: Dritte klinische Studie über Hemianopie. Fälle von Läsionen des Chiasma, Demonstration der hemiopischen Pupillenreaction. (S. A. aus Journ. of Nerv. and Ment. Disease. Vol. XIV. Nov.—Dec. 1887).

Verf. hat 3 Aufsätze über Hemianopie verfasst, leider giebt er nicht an, wo die beiden vorhergehenden abgedruckt worden sind. Das Hauptinteresse des gegenwärtigen Artikels liegt in den Schlussfolgerungen, welche S. aus seinen und fremden Beobachtungen zieht und in der, seiner Ansicht nach für periphere Läsionen des Opticus pathognomonischen, hemiopischen Pupillenreaction (Wernicke: «Ueber hemiopische Pupillenreaction». Fortsch. der Medicin. I. Heft 2. 1883). Die Wichtigkeit dieser ganzen Frage möge die Länge des Referates entschuldigen.

Hinsichtlich der hemiopischen Pupillenreaction [1]) sei Folgendes gesagt: In pathologischen Fällen bleibt die Contraction der Pupille in Folge hineinfallenden Lichtes aus, weil der Reflexbogen zwischen Opticus und Oculomotorius unterbrochen ist. Dieses kann an verschiedenen Puncten stattfinden: a) Die ganze Netzhaut, oder eine Hälfte, resp. ein Abschnitt derselben kann in Folge örtlicher Erkrankung für Licht unempfindlich geworden sein. b) Die centripetalen (Opticus) Fasern sind in ihrem Verlaufe unterbrochen. c) Das die Pupillenverengerung bedingende, nach v. Gudden u. A. im Sehhügel befindliche Reflexcentrum kann selbst erkrankt sein. d) Die centrifugalen Fasern (Oculomotorius und Ciliarnerven) können durch eine Läsion unterbrochen oder auch die Oculomotoriuskerne erkrankt sein. e) Das motorische Endorgan, die Iris, kann durch einen Localprocess (Iritis) unbeweglich geworden sein.

Die 3 im vorliegenden Artikel angeführten Fälle bezogen sich auf Läsionen der centripetalen Fasern und sieht Séguin in der hemiopischen Pupillenreaction ein charakteristisches Zeichen für die differentielle Diagnose zwischen peripherer und centraler Hemianopie. Schliesslich stellt er folgende allgemeine Sätze über die Diagnose der Hemianopie in Bezug auf ihren Sitz auf:

I. Kategorie.

Alleinige verticale oder Quadranten-Hemianopie, oder wenigstens ohne anderweitige Symptome centraler intracranieller Erkrankungen.

1) *Hemianopia homonyma s. lateralis.*

Die Läsion befindet sich contralateral entweder im Cuneus oder dem Tractus opticus:

a) Bei centraler Läsion zeigt das Ophthalmoskop normale Sehnerver, das centrale Sehen und der Pupillarreflex sind normal. Ausnahme: Ist die Läsion durch einen sehr grossen Tumor bedingt, so kann Neuro-retinitis mit nachfolgender Sehnervenatrophie, Blindheit und Verlust des Pupillarreflexes auftreten; nie wird die «hemiopische Pupillenreaction» hierbei beobachtet.

b) Bei Affectionen des Tractus opticus ist in einer früheren Periode der Erkrankung hemiopische Pupillenreaction und partielle Sehnervenatrophie vorhanden, später kann beiderseitige Neuro-retinitis mit nachfolgender totaler Sehnervenatrophie und Blindheit eintreten, wobei Pupillenstarre auftritt.

c) Homonyme Verdunkelung eines Quadranten. Sind die unteren Quadranten beider Gesichtsfelder verdunkelt, so sitzt die Läsion nur in der basalen Hälfte des Cuneus der entgegengesetzten Seite.

2) *Hemianopia heteronyma.*

a) Bitemporale Hemianopie ist immer mit Sehnervenatrophie und hemiopischer Pupillenreaction verbunden, die Läsion sitzt im medianen Theile des Chiasma und hat beide gekreuzte Chiasmafasern zerstört.

α) Temporale Hemianopie des einen und vollständiger Verlust des Sehvermögens mit Sehnervenatrophie und Pupillenstarre des anderen Auges: Läsion am Chiasma, Zerstörung beider Fasciculi cruciati und eines Fasciculus lateralis.

β) Laterale Hemianopie eines Auges und Verdunkelung von ¼ des Gesichtsfeldes mit Sehnervenatrophie und Pupillenstarre des anderen Auges: Läsion am Chiasma, zerstört sind beide Fasciculi cruciati und die neutrale oder dorsale Hälfte eines Fasciculus lateralis.

γ) Laterale Hemianopie eines Auges mit einer partiellen, nicht homonymen Gesichtsfeldverdunkelung des anderen Auges wird durch eine infiltrirende, verschiedene Chiasmabündel und benachbarte Opticusfasern unregelmässig ergreifende Affection bedingt.

(NB. Für α, β und γ führt S. entsprechende Fälle mit schematischer Abbildung des Sitzes der Affection an).

b) Binasale Hemianopie ist sehr selten und mit hemiopischer Pupillenreaction und beiderseitiger Sehnervenatrophie verbunden; die Läsion ist derartig gelagert, dass beide Fasciculi laterales ergriffen sind. In Knapp's Fall comprimirten vergrösserte und verknöcherte Carotiden beide Seiten des Chiasma.

c) Obere oder untere Hemianopie ist selten von einer Nervenläsion abhängig und bei nicht scharf begrenzter Demarcation durch Embolie der Hauptzweige der Arter. centralis oder dieser selbst bedingt. Theoretisch kann eine solche Hemianopie durch die Annahme einer nur den dorsalen oder ventralen Theil des Chiasma betreffenden Läsion construirt werden, doch ist ein solches Vorkommniss bis jetzt noch nicht beobachtet worden.

d) Monoculäre Hemianopie jeder Art ist entweder durch eine Affection des Opticus vor dem Chiasma oder durch Läsion einer Seite des Chiasma bedingt; ist sie nicht genau geometrisch und nicht mit Sehnervenatrophie verbunden, so liegt der wahrscheinliche Grund im Bulbus selbst.

e) Es sind einige Fälle von ihren Ort wechselnder Hemianopie beschrieben worden, welche wahrscheinlich mit Circulationsstörungen im Cuneus zusammenhängen.

II. Kategorie.

Verticale oder Quadranten-Hemianopie, mit Gehirnsymptomen verbunden.

I. Homonyme Hemianopie.

a) Zusammentreffen mit Hemianästhesie und choreaartigen oder atactischen Bewegungen auf der den verdunkelten Gesichtsfeldern gleichnamigen Körperseite ohne deutlich ausgesprochene Hemiplegie wird wahrscheinlich durch eine Affection des caudalen seitlichen Theiles des Sehhügels oder des caudalen Abschnittes der inneren Kapsel hervorgerufen.

b) Laterale Hemianopie mit vollständiger, später spastisch werdender Hemiplegie und Hemianästhesie ist wahrscheinlich durch eine Läsion des Knies und der Cauda der inneren Kapsel bedingt.

c) Laterale Hemianopie mit typischer, später spastisch werdender Hemiplegie, Aphasie (wenn rechtsseitig) mit geringer oder fehlender Anästhesie hängt ganz sicher mit einer ausgebreiteten oberflächlichen Affection der von der Arter. cerebralis media versorgten Hirnregion ab (cf. Westphal: Charité-Annalen, VIII, p. 466, 1882).

d) Laterale Hemianopie mit mässigem Verluste der Kraft in einer Körperhälfte, besonders wenn mit Verlust des Muskelsinnes vergesellschaftet, hängt wahrscheinlich von einer Läsion des Lobulus parietalis inferior, des Gyrus angularis und der darunter liegenden weissen Substanz zusammen. Die Läsion ist tief genug gedrungen, um den Opticusstrang auf seinem Wege vom primären optischen

[1]) Wenn ein concentrirter Lichtstrahl vermittelst einer geeigneten Vorrichtung (Linse) auf die hemianopische Netzhauthälfte geworfen wird, so bleibt die reflectorische Pupillenverengerung aus.

Centrum zum visuellen Halbcentrum (contralateraler Cuneus) zu zerstören oder zu drücken.

In allen eben angeführten Symptomengruppen dieser zweiten Kategorie reagiren die Pupillen gut und ist keine Sehnervenatrophie vorhanden, wenn nicht eine Stauungspapille die Symptome verdunkelt. In diesem Falle wird nicht eher die hemiopische Pupillenreaction erscheinen, als bis die Sehnervenatrophie aufgetreten ist.

e) Laterale Hemianopie mit Zeichen anderweitiger Erkrankungen der primären Sehcentren (z. B. Corp. geniculatum laterale und eines Lobus opticus) kann wohl vorkommen, aber nicht diagnosticirt werden. Hier wird neben der Hemianopie sicherlich auch hemiopische Pupillenreaction und frühzeitige Sehnervenatrophie stattfinden, weil die primären Sehcentren ein Centrum für Reflexbewegungen und ein trophisches für die Sehnerven enthalten. Theoretisch könnte man annehmen, dass in diesem Falle Störungen der Sensibilität und vielleicht choreatisch-atactische Bewegungen auf der der Verdunkelung gleichnamigen Körperhälfte auftreten könnten.

f) Laterale Hemianopie mit hemiopischer Pupillenreaction und Zeichen gekreuzter Lähmung weist auf eine Läsion der Gehirnbasis hin (Crus cerebri), welche den contralateralen Tractus und die benachbarten Gewebe lädirt. Die wahrscheinlichste Combination würde sein: Lähmung des 3., 4. und 6. Hirnnerven (der einzelnen oder aller zusammen) auf der Seite der nicht verdunkelten Gesichtshälften, mit theilweiser Lähmung einer Körperhälfte ohne Hemianästhesie auf der Seite der Hemianopie, Folgen einer Läsion des Crus cerebri; eine Ausbreitung einer solchen Erkrankung könnte auch den Trigeminus mit ergreifen. Wir würden also in einem vollständig entwickelten Falle dieser Art haben: als directe Symptome — Lähmung der Augennerven und vielleicht des Trigeminus, als gekreuzte Symptome — laterale Hemianopie mit hemiopischer Pupillenreaction und frühzeitiger Sehnervenatrophie, theilweise parilaterale Lähmung ohne Anästhesie. Hier würde sehr bald Stauungspapille ohne hemiopische Pupillenreaction sich zeigen, letztere aber erst nach Auftreten vollständiger Sehnervenatrophie auftreten.

II. Heteronyme Hemianopie mit anderen Zeichen von Basalerkrankung des Gehirns.

a) Binasale Hemianopie mit Lähmung aller oder fast aller motorischen und sensiblen Nerven beider Augen weist auf eine Affection hin, welche das Chiasma umfasst und sich soweit seitwärts verbreitet, dass sie die Orbitalnerven ergreift, die centralen sich kreuzenden Fasern des Chiasma aber unberührt lässt.

b) Bitemporale Hemianopie kann mit ein- oder beiderseitiger Anosmie sich verbinden und auf eine Erkrankung des vorderen mittleren Chiasmawinkels hinweisen, welche sich bis zum Orbitaldache erstreckt.

c) Bitemporale Hemianopie eines Auges mit vollkommener Blindheit des anderen Auges und Lähmung einiger oder aller, zum erblindeten Auge gehenden Nerven deutet auf eine seitlich vom Chiasma befindliche Läsion, welche die Orbitalnerven, den Opticus und ½ des Chiasma ergriffen hat.

Bei der Symptomengruppe a) und b) ist die hemiopische Pupillenreaction und theilweise Atrophie beider Sehnerven vorhanden, dagegen kann sowohl die consensuelle, wie die accommodative Pupillenreaction erhalten sein.

Bei der Symptomengruppe c) ist die hemiopische Pupillenreaction auf einem und vollständiger Mangel jeglicher Pupillenbewegung auf dem anderen blinden Auge vorhanden. Consensuelle Reaction der Iris wird durch Beleuchtung des blinden Auges nicht erhalten werden können, wohl aber das Umgekehrte, die Integrität der motorischen Nerven am blinden Auge vorausgesetzt.

Alle diese Symptomengruppen können sich, wenn auch selten, mit Stauungspapille compliciren.

Eine unregelmässige Gruppirung der Symptome aus dieser Kategorie, welche sich nicht durch die vorangegangenen Thesen erklären lassen, sind durch multiple, meist syphilitische Läsionen bedingt.

Hz.

A. Neisser (Breslau): Zur Kenntniss der antibacteriellen Wirkung des Jodoforms. (Virchow's Archiv, Bd. 110, p. 281—312 und p. 381—425. 1887).

Die vorliegenden ausserordentlich zahlreichen und sorgsamen experimentellen Untersuchungen wurden angestellt, um die Frage zu lösen, wie sich die Angaben über die absolute Unwirksamkeit des Jodoforms den Mikroorganismen gegenüber mit den über jeden Zweifel erhabenen ausgezeichneten Resultaten, welche mit dem Jodoform als Verbandmittel erzielt wurden, vereinigen liessen. Zu diesem Behufe suchte N. zunächst an einer Reihe von 15 theils pathogenen, theils nicht pathogenen Mikroorganismen festzustellen, welchen Einfluss das Jodoform auf Bacterien, welche ausserhalb des Organismus gezüchtet waren, ausübt. Es wurden auf Agar-Agar gut gewachsene Culturen mit Jodoform reichlich überpulvert und verschieden lange Zeit theils im Brütofen (im Dunkeln), theils am Tageslicht der Einwirkung desselben ausgesetzt, worauf sie durch Abimpfung auf ihre Lebensfähigkeit geprüft wurden. Ferner wurden frisch angelegte Impfstriche auf Agar-Agar sofort mit Jodoform überpulvert und in ähnlicher Weise geprüft. Schliesslich wurden Impfstriche auf Agarplatten gemacht, dieselben mit Jodoform bestreut, und die Entwickelung der Culturen dann direct mikroskopisch beobachtet. Weiterhin wurden zu anderen Versuchsreihen flüssige Gelatine und, mit Hinzuziehung von noch 6 weiteren pathogenen Mikroorganismen, Fleischkölbchen, sterile frische Milch, Lösungen von Hühnereiweiss in destillirtem Wasser und mehrfache Emulsionen als Nährboden verwandt. Das Resultat dieser, sowie anderer mit pathogenen Bacterien auch innerhalb des thierischen Organismus angestellten Untersuchungen fasst N. dahin zusammen, «dass dem Jodoform eine antibacterielle Kraft, d. h. die Kraft, unter geeigneten Verhältnissen Bacterien in ihrem Wachsthum und in ihrer Entwickelung hemmen, bezw. vernichten zu können, ebenso wenig allgemein zugesprochen, wie abgesprochen werden kann. Sie besteht seines Erachtens ganz absolut und uneingeschränkt gegenüber den Choleraspirillen; sie besteht ferner für die Bacillen des Milzbrandes, der Mäuse- und Kaninchensepticämie — wenn auch in wechselnder, nicht gesetzmässig festzustellender Intensität. Sie fehlt aber nach den bisherigen Versuchen gegenüber den wesentlich in Frage kommenden Mikroorganismen der menschlichen Wundinfectionskrankheiten: Staphylokokken wie Streptokokken erschienen wenig oder garnicht beeinflusst».

In Bezug auf das Detail dieser, sowie weiterer eingehender, vom Verf. zur Entscheidung der Frage angestellter Versuche, in welcher Weise das Jodoform seine antibacteriellen Eigenschaften entwickeln könne, müssen wir die Interessenten auf das ausführliche Original selbst verweisen. Wir wollen nur hinzufügen, dass der Autor in letzterer Beziehung zu dem Schlussergebnisse kommt, dass das Jodoform nur dann antiseptisch wirken könne, wenn es zersetzt wird und damit Bildung von nascirendem Jod resp. IH stattfindet. —x.

Franz Tuczek: Ueber die nervösen Störungen bei der Pellagra [nach eigenen Beobachtungen]. (D. med. W. № 12).

Verf. hat Ober-Italien bereist und alle Hospitäler und Irrenanstalten besucht, wo er über 300 Pellagröse untersucht hat. Die Krankheit erstreckt sich unter alljährlichen Recidiven über 10, 15, 20 Jahre hin: zuerst — meist im Frühjahr — Magendarmerscheinungen mit Muskelschwäche und Gemüthsdepression. Dabei häufig Erythem der entblössten Körpertheile mit nachfolgender Abschuppung derselben. Damit tritt Genesung ein, bis im nächsten Frühjahr das Recidiv kommt und mit jedem neuen Recidiv die Störungen des Nervensystems mehr in den Vordergrund treten, bis zuletzt die pellagröse Geistesstörung perfect ist. Die Krankheitsursache soll der Genuss von zur Nahrung untauglichem Mais sein. Das Gesammtergebniss seiner Forschungen ist der Eindruck einer weitgehenden Analogie zwischen Pellagra und Ergotismus. In beiden Fällen treten nach einem Stadium mit vorwiegenden Magendarmerscheinungen die cerebrospinalen Störungen ganz in den Vordergrund, und eine Kachexie beschliesst die Scene. Die Art der Psychose, das Vorherrschen der stuporösen Form der Melancholie, das Krankheitsbewusstsein ist beiden Zuständen gemein. Hier wie dort treten mit grosser Heftigkeit spinale Störungen auf, die beim *Ergotismus* den Erscheinungen einer *Hinterstrangaffection* entsprechen, bei der *Pellagra* mehr, aber nicht ausschliesslich auf eine Seitenstrangaffection hinweisen.

In 8 Fällen hat Verf. das Rückenmark Pellagröser untersuchen können, und hat in allen 8 Fällen Strangerkrankung gefunden, in 2 Fällen blos der Hinterstränge, und in den übrigen 6 Fällen combinirte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge.

Max Schmidt.

E. Fränkel und R. Sänger: Untersuchungen über die Aetiologie der Endocarditis. (Virchow's Archiv. Bd. 108, p. 286—316. 1887.)

Während der parasitäre Charakter der Endocarditis ulcerosa zweifellos feststeht, war die Frage von der mykotischen Natur der Endocarditis verrucosa noch streitig. Verff. untersuchten nun 12 hierher gehörige Fälle bakteriologisch mit allen Cautelen: 10 Mal wurden Mikroorganismen gefunden; doch war es nicht etwa ein specifischer Parasit, sondern 8 verschiedene Bacterienarten kamen theils allein, theils mit einander combinirt in den endocarditischen Producten vor, und zwar fanden sich in 3 Fällen nur ein bestimmter Mikroorganismus, in 6 Fällen 2 und endlich in 1 Falle 3 Spaltpilzarten.

An pathogenen Schizomyzeten wurden gefunden: 1) Staphylokokkus pyogenes flavus Rosenbach 7 Mal; 2) Staphylokokkus pyogenes albus Rosenbach 3 Mal; 3) Staphylokokkus cereus albus Passet 2 Mal; 4) ein Staphylokokkus flavus non pyogenes 1 Mal; 5) Bacillus pyogenes foetidus Passet 1 Mal; 6) ein unbeweglicher foetider Bacillus 2 Mal. — Thierversuche mit diesen Mikroorganismen zeigten, dass man bei geeigneter Versuchsanordnung mit Staphyl. pyog. albus, mit Bacill. pyog. foetidus und mit dem unbeweglichen kurzen Bacillus eine künstliche Endocarditis produciren kann, wie dies für den Staphyl. pyog. flavus und den Streptokokkus pyogenes schon nachgewiesen ist. — F. und S. constatirten ferner eine sehr lange Lebensfähigkeit der pathogenen Mikroorganismen in theils anatomisch sehr alten endocarditischen Producten; es kann also das so häufig beobachtete Auftreten einer recurrirenden Endocarditis resp. die Disposition dazu durch die Annahme eines Wiederaufkeimens der noch vorhandenen lebensfähigen Parasiten erklärt werden. Auf Grund ihrer Untersuchungen halten sich Verff. für berechtigt, die verrucöse Endocarditis sowohl, wie die ulcerirende als eine rein mykotische Erkrankung anzusehen. Gegen die parasitäre Natur gewisser Endocarditisfälle lasse sich aus einem negativen bakteriellen Befund kein

Schluss ziehen, da die Vitalität der betreffenden Mikroorganismen je nach den Fällen und Verhältnissen eine verschieden begrenzte zu sein scheint. Besonders bei den Krankheitsproducten der verrucösen Form ist der Gehalt an Mikroorganismen ein geringer, jedoch ist diese Erscheinung auch bei manchen anderen ihrer Aetiologie nach als parasitär aufgestellten Krankheitsproducten beobachtet. Nur eine Form der Endocarditis, die atheromatöse, halten die Verff. für eine sicher nicht mykotische Erkrankung, während die sogen. fibrös indurative sklerosirende, chronische Endocarditis wahrscheinlich häufig nur das Endstadium einer verrucösen darstelle. Das vorzugsweise Befallensein des linksseitigen Klappenapparates bei der extrauterinen menschlichen Endocarditis bringen Verff. in Zusammenhang mit dem Sauerstoffbedürfniss der pathogenen Mikroorganismen.

(Referat aus Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. Bd. III, № 9. von Seitz — München).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

C. Moeli (Dalldorf — Berlin): Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888. Fischer's med. Buchhandlung. 180 Seiten.

Auf Grundlage des umfangreichen Beobachtungsmateriales der städt. Irrenanstalt Dalldorf — Berlin bespricht M. in dem vorliegenden Buche eine Reihe von Fragen, welche dem Gebiet der Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen angehören. Die Ausführungen des Buches werden durch eine reiche Sammlung von Krankengeschichten gestützt, welche Verf. im I. Abschnitt bald in ausführlicher Schilderung, bald in starker und stärkster Kürzung zusammenstellt. Die Bekanntschaft des Lesers mit dieser interessanten und wichtigen ersten Hälfte der Schrift wird durch die Eintheilung des Verfassers erleichtert, der alle Kranken nach der Natur der That in XIV Gruppen (Betteln, Ruhestörung, Körperverletzung etc. etc.) bringt, wobei gleichzeitig die Beziehungen zwischen bestimmten pathologischen Veränderungen der geistigen Beschaffenheit und bestimmten gesetzwidrigen Handlungen resp. Verbrechen hervorgehoben werden. Der Besprechung dieser Krankengeschichten ist der II. Abschnitt: «Ueber den Zusammenhang von Geistesstörung und Verbrechen» gewidmet. M. unterscheidet mit Anderen zwischen «verbrecherischen Irren» und «irren Verbrechern». Mit der ersten Bezeichnung sind Diejenigen zu benennen, die im Zustande zweifelloser Geisteskrankheit sich vergangen haben. Als irre Verbrecher hingegen sind jene Personen zu bezeichnen, welche nach Begehung von Verbrechen oder nach der Verurtheilung irre geworden sind. Nur für einen Theil der in Dalldorf aufgenommenen, mit dem Strafgesetz in Conflict gekommenen Patienten lagen die Verhältnisse so klar, dass sie ohne Bedenken der einen oder der anderen Gruppe zugewiesen werden konnten. Bei den wegen Betteln, Ruhestörung, Körperverletzung, Mord und Mordversuch, Sittlichkeitsvergehen, Beleidigung, Gotteslästerung, Majestätsbeleidigung, Vergehen in militärischen Verhältnissen, Brandstiftung (Gruppe I—X) zur Verantwortung gezogenen und nachher in die Irrenanstalt aufgenommenen Personen überwogen die bereits zur Zeit der Strafthat Kranken — also die sog. verbrecherischen Irren. Häufig ist hier die Strafthat der directe Ausfluss von Affecten, Wahnideen, Sinnestäuschungen. Aetiologisch wird die ausserordentlich perniciöse Wirkung des Alcoholmissbrauches hervorgehoben. Ist bei den genannten Vergehen der Zusammenhang von Geistesstörung und Verbrechen meist ein ganz unmittelbarer, so liegen die Verhältnisse complicirter bei den gegen das Eigenthum sich richtenden Delicten (Diebstähle, Unterschlagung, Betrug, Raub. Gruppe XI—XIV). Besonders eingehend werden hier die gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrecher, die Diebe von Profession betrachtet, von denen eine sehr grosse Zahl zur Beobachtung kam. Als wichtigster Factor für den Causalnexus kommt hier die (oft angeborene) psychische Schwäche (Imbecillität) in Betracht, welche unter ungünstigen Verhältnissen (schlechte Erziehung, Mangel, Verführung), wie sie besonders die Grossstadt darbietet, diese Menschen schon in jugendlichem Alter zu Dieben werden lässt. Andere krankhafte Eigenthümlichkeiten: abnorme Erregbarkeit der Affecte, wahnhafte Auffassung der Verhältnisse spielen in zweiter Linie mit. Heredität: Unter 79 Fällen von oft bestraften Eigenthumsverbrechern ist das Vorkommen von Geistesstörung und Epilepsie bei anderen Familiengliedern zugegeben 41 Mal. Trunksucht in der Ascendenz ist häufig. Kopfverletzungen rufen ausser epileptischen Leiden häufig Charakterveränderung, Reizbarkeit hervor, vermindern die sittliche Resistenzfähigkeit und führen so zum Verbrechen. Eine abschliessende Betrachtung ergiebt, dass 28 der gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrecher vor dem Vergehen geistig abnorm, also «verbrecherische Irre» waren, 18 erschienen in dieser Hinsicht bedenklich, bei 28 konnte eine psychische Abnormität vor dem Beginn der verbrecherischen Thätigkeit nicht nachgewiesen werden, es handelte sich also um «irre Verbrecher». Bei 5 Kranken fehlten genauere Angaben.

Abschnitt III handelt von der Feststellung des Geisteszustandes. Geistesstörung wird vor Gericht recht oft nicht erkannt, Geisteskranke werden in nicht geringer Anzahl als Verbrecher verurtheilt. Besonders häufig war dies bei den Eigenthumsvergehen der Fall. Häufig wurde hier die Frage nach der Geistesbeschaffenheit bei schon kranken Individuen bei der gerichtlichen Untersuchung garnicht aufgeworfen. Der einfache Schwachsinn, sogar höheren Grades, wurde hier von den Richtern kaum berücksichtigt, in den leichteren Graden auch vom Arzt nicht stets genügend gewürdigt.

Der folgende Abschnitt: «Ueber Simulation von Geistesstörung» ist besonders lesenswerth. Nach seiner Erfahrung kommt M. zu dem Resultat, dass Simulation von Geistesstörung nicht zu selten, sondern noch zu häufig angenommen wurde. Die richtige Erkenntniss wird besonders durch das Lügen der verbrecherischen Personen erschwert. Es lügen aber auch Kranke (besonders Schwachsinnige, Hysterische, Epileptische) sehr häufig und der Nachweis von Lügen erweist noch lange nicht die Absicht zu simuliren. Aus der Verwirrtheit und Gereiztheit mancher kranker Verbrecher erklärt sich das oft auffallende, den Verdacht der Simulation wachrufende Nichtkennen gewöhnlicher Gegenstände. Aus dem Misstrauen gegen den Arzt erklärt sich ihre Zurückhaltung, ihr oft krankhaftes Verhalten ihm gegenüber, während sie mit der übrigen Umgebung frei und unbefangen verkehren. Neben einer solchen scheinbaren Simulation kam aber auch eine wirkliche zur Beobachtung bei verbrech. Personen, die ausserdem als geistig abnorm befunden wurden. Simulation von Blödsinn, von Tobsucht, von Wahnideen wird von Schwachsinnigen in Scene gesetzt, um der Strafe zu entgehen. Ueber andere Beweggründe von Kranken zur Simulation cf. das Original. Simulation kommt also gleichzeitig mit wirklicher Geistesstörung vor und spricht ihr sicherer Nachweis unter Umständen eher für das Bestehen von Geistesstörung. Wirkliche Simulation ohne das Bestehen von psychischen Abweichungen wird bei genügender Dauer der Beobachtung stets erkannt werden. Grosse Schwierigkeiten machen die Fälle, wo die Betr. nicht übertreiben, sondern nur mässige Vergesslichkeit und Aengstlichkeit simuliren. Alle Einschüchterungsversuche (Douchen etc.) sind zu verwerfen, weil sie meist nur die Unsicherheit des Gutachters verrathen.

Im V. Abschnitt: «Ueber die Behandlung und Unterbringung geistesgestörter Verbrecher» verwerthet M. die Erfahrungen in Dalldorf seit Eröffnung der Anstalt. Die grossen Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten, welche anfangs die Anhäufung von verbrecherischen Irren in Dalldorf verursachte, sind beseitigt, seitdem die baulichen Veränderungen eines für sie bestimmten Pavillons vollendet sind, seitdem ein zuverlässiges Personal, Eintheilung der Kranken in kleine Gruppen, temporäre Isolirung der gefährlichsten Elemente, planmässige Beschäftigung Aller zusammenwirken. M. hält also die Verpflegung der verbr. Irren in den bestehenden öffentl. Irrenanstalten für möglich, nur können sie nicht in die allgemeinen Abtheilungen für unruhige und gefährliche Kranke placirt werden, sondern ein besonders für sie allein eingerichtetes Annex soll sie aufnehmen. Nicht jede Irrenanstalt hätte sich eine derartige Abtheilung einzurichten, sondern würde es genügen, wenn für eine Gruppe von Irrenanstalten eine Anstalt einen derartigen Annex besässe, wohin dann die betr. Kranken zu weisen wären.

Zum Schluss bespricht M. die Nothwendigkeit einer höheren psychiatrischen Ausbildung der Gefängnissärzte, berührt die Prophylaxe des Irreseins und regt einige Veränderungen der deutschen Gesetzgebung an, die Anerkennung geminderter Zurechnungsfähigkeit beim Strafvollzuge und die Ueberweisung jugendlicher Verbrecher an Besserungsanstalten betreffend. Hiermit ist nur der wesentliche Inhalt der Schrift angegeben, eine Fülle beachtenswerther Bemerkungen, welche einer reichen Erfahrung und humanen Gesinnung entstammen, durchzieht das Buch. Möge es nicht nur von Irrenärzten gelesen, sondern, wie der Verf. es wünscht, der grossen Menge der Gerichtsärzte, Juristen und Gefängnissbeamten bekannt werden.

Mercklin.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Singen und Sprechen v. Morell Mackenzie. Uebersetzt von Dr. J. Michael. — Hamburg und Leipzig 1887. Verlag von Leopold Voss. Pr. 6 Mk.

— Beiträge zu einer Reform des Hebammenwesens auf Grund vereinsgenossenschaftlicher Organisation des Hebammenstandes in Anlehnung an Wöchnerinnen-Asyle von Dr. med. Brenneke — Berlin und Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 2 Mk. 40.

— Die künstliche Beschränkung der Kinderzahl als sittliche Pflicht, deren Beziehungen zur preussischen Bevölkerungspolitik und die Ziele malthusianischer Propaganda in Deutschland von Hans Ferdy. — Berlin u. Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 2 Mk. 40.

— Ueber hypnotische Suggestionen, deren Wesen, deren klinische und strafrechtliche Bedeutung von Joh. G. Sallis. — Berlin und Neuwied 1888. Pr. 1 Mk. 50.

— Klinische Vorträge von Prof. Dr. H. v. Ziemssen. IV. Nervensystem. 2. Die Neurasthenie und ihre Behandlung. Respirationsapparat. Die Aetiologie der Tuberculose. — Leipzig 1887. Verlag v. F. C. W. Vogel.

— Die Alcoholfrage. Vortrag von Prof. G. Bunge. — Leipzig 1887. Verlag von F. C. W. Vogel.

— Beiträge zur pathologischen Anatomie und Physiologie von Prof. Ernst Ziegler und Prof. C. Nauwerck. — Jena 1887. Verlag von Gustav Fischer.

— Dr. H. Ploss: Das Weib in der Natur- und Völ-

kerkunde. Anthropologische Studien. Herausgegeben von Dr. med. Max Bartels. Zehnte (Schluss) Lieferung. — Leipzig 1887. Th. Grieben's Verlag (L. Fernau).

— Ueber die Wanderniere der Frauen v. Dr. H. Lindner. — Berlin und Neuwied. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 1 Mk. 60.

— Handwörterbuch der gesammten Medicin. Herausgegeben von Dr. A. Villaret. 5. Liefer. — Stuttgart 1887. Verlag von Ferdinand Enke.

— Руководство къ частной патологіи и терапіи для врачей и учащихся Д-ра Проф. Германа Эйхгорста. Переводъ съ третьяго изданія, подъ редакціей Д-ра І. А. Шапиро. Русское изданіе второе. Томъ III. Болѣзни нервовъ, мышцъ и кожи. — С.-Петербургъ 1887. Изд. К. Риккера.

— Дерматологическія изслѣдованія изъ клиники Проф. А. Г. Полотебнова. Выпускъ I и II. Съ 4 табл. рис. и 9 рис. въ текстѣ. — С.-Петербургъ 1886—87. Типогр. М. М. Стасюлевича.

— Sammlung klinischer Vorträge von Richard von Volkmann. № 298. Die Resection des Mastdarms von Bernhard Bardenheuer. № 299. Ueber die Beziehungen des moralischen Irreseins zu der erblich degenerativen Geistestörung v. Otto Binswanger. № 300. Ueber die neueren Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten von P. G. Unna. № 301. Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung von Max Sänger. № 302. Der äussere Kehlkopfschnitt und seine Bedeutung bei der Behandlung der Kehlkopfgeschwülste von Karl Schuchardt. — Leipzig 1887. Breitkopf & Härtel. Pr. 75 Pf.

— Neura. Handbuch der Medicin für Aerzte und Nichtärzte. Ein System der ganzen medicinischen Wissenschaft dargestellt von Dr. med. L. Alfred Damm. 1.—4. Lief. — München 1887. Staegmeyer'sche Verlagshandlung (Ant. Carl Staegmeyer). Pr. 80 Pf.

Ein missglückter Concurs-Versuch.

Die Meisten unserer Petersburger Collegen werden sich noch lebhaft erinnern, wie vor einigen Jahren die hiesige städtische Hospital-Verwaltung den Beschluss fasste, die freiwerdenden ärztlichen Stellen auf dem Wege des Concurses zu besetzen. Die nächste Folge davon war, dass diejenigen Candidaten, welche die betreffenden Hospitäler stellten, nicht gewählt wurden und Aerzten weichen mussten, welche zwar den Hospitaldienst garnicht kannten, sich aber des Wohlwollens der Machthaber erfreuten. Die Angelegenheit wirbelte damals viel Staub auf und man beschloss den Concurs-Modus fallen zu lassen. Die folgenden vacanten Stellen wurden einfach auf Vorschlag von Prof. Botkin besetzt. Wir führen als Beispiele an: Dr. Winogradow wurde zum Prosector des Obuchowhospitales ernannt, Dr. Wassiljew zum älteren Ordinator, Dr. Uskow zum Prosector des Alexander-Barackenhospitales, Dr. Trojanow zum älteren Chirurgen an der weibl. Abtheilung des Obuchowhospitales. Somit hatte man also de facto das bei uns durchaus unzureichende System des Concurses fallen lassen. Da plötzlich wurden wir durch ein Inserat im Beginne des Jahres überrascht, welches einen Concurs auf die Stelle eines älteren Ordinators am Kalinkinhospital und Docenten der dortigen Hebammenschule für Hautkrankheiten anzeigte. Der Termin der Meldung lief bis zum 30. April a. c. Vacant war jedoch die Stellung bereits seit dem Sommer des vergangenen Jahres. Wie wir erfuhren, hatten sich zum Concurs 3 Aerzte gemeldet und zwar: Dr. Esow, Arzt am Nicolai-Militärhospital, Ordinator der dortigen syphilit. Abtheilung, Dr. Michailowski, ein junger Arzt, welcher soeben seine Stellung als Assistent bei Prof. Tarnowski aufgegeben, und Dr. Stepanow, welcher kürzlich aus Saratow und Moskau, wo er praktischer Arzt gewesen, nach Petersburg übergesiedelt ist und hier eine Privatheilanstalt für heisse Luftbäder angelegt hat.

Die Commission, welche über die Fähigkeiten der Concurrenten zu entscheiden hatte, bestand aus Prof. Botkin, Dr. N. Sokolow, Medicinal-Inspector Dr. Batalin, dem Stadtverordneten, welcher die wirthschaftliche Leitung des Kalinkinhospitales zu überwachen hat, Prof. Polotebnow von der Academie und dem Oberarzt des Kalinkinhospitales, Dr. Sperk. Letzterer soll aber bei der Sitzung, wo bestimmt wurde, wen man als Candidaten anerkennen soll, nicht zugegen gewesen sein. Diese Commission beschloss nun von den 3 Candidaten 2 nicht zuzulassen, weil sie keine Arbeiten über Hautkrankheiten aufzuweisen hätten. Somit blieb nun als einziger Concurrent Dr. Esow nach, welcher denn auch Mitte Mai eine Probevorlesung vor der Commission hielt und 2 Patienten nach Wahl des Prof. Polotebnow demonstriren musste. Das Ergebniss nun war, dass er nicht für geeignet anerkannt wurde, somit war also das Resultat des Concurses, dass die Stelle unbesetzt blieb. Wir halten uns nicht für befugt die Kenntnisse der 3 Candidaten hier einer Beurtheilung zu unterziehen, nur möchten wir hervorheben, dass es sich ja nur darum handelt, Hebammenschülerinnen einige Kenntnisse über Hautkrankheiten beibringen zu müssen. Wieviel brauchen sie denn davon? Was sollen Hebammen überhaupt mit Hautkrankheiten? Die nöthigen Kenntnisse, syphilitische Hautsymptome zu erkennen, werden ihnen ja schon vom Docenten für Syphilis beigebracht.

Dieser Concurs ist also nun wiederum missglückt und soll eine neue Concurs-Ausbietung bis zum October stattfinden, folglich bleibt die Stellung das nächste Semester wieder unbesetzt, ob zum Vortheil der Sache, ist eine andere Frage. Wir haben bei den bisherigen Concurs-Versuchen nur ein Resultat bemerkt, das ist — Verschleppung der Stellenbesetzung.

Wenden wir uns nun noch zu einer ernsten Seite dieses missglückten Versuches. Die Hebammenschule ist beim Kalinkinhospital, wo ca. 20 Aerzte angestellt sind, die auf dem Specialgebiete meistentheils schon seit einer Reihe von Jahren arbeiten. Wie kommt es nun, dass sich von diesen Hospitalärzten kein einziger zum Concurs gemeldet hatte? Es wäre doch so naheliegend; und da sie die Abtheilungen verwalten, aus denen die Kranken behufs Demonstration in der Hebammenschule entnommen werden, so wären sie doch am geeignetsten mit den Schülerinnen sich zu beschäftigen, ja wir wissen sogar, dass einzelne dieser Hospitalärzte sich bereits de facto seit längerer Zeit praktisch mit den Schülerinnen alljährlich beschäftigen.

Nun, es ist ja vollkommen begreiflich. Der erste Concursversuch vor einigen Jahren fiel zu Ungunsten desjenigen Hospitalarztes aus, welcher die zu besetzende Stelle fast ein Jahr stellvertretend, und zwar ausgezeichnet, verwaltet hatte. Es lag damals absolut kein Grund vor, ihm nicht die Stelle definitiv, ohne Concurs, zu überlassen und doch gab man sie dem durchaus befähigten Candidaten nicht und wählte im Concurs einen Fremden. Daraus haben offenbar die Aerzte des Kalinkinhospitales eine Lehre gezogen und sich nicht dem ausgesetzt, dass man sie im Concurs durchfallen lässt, sei es weil sie nicht von der Natur durch einen geeigneten Namen begünstigt waren, sei es weil sie keine Beziehungen zu den «Mächtigen dieser Welt» besassen.

Bei dieser ganzen traurigen Angelegenheit bedauern wir nur das Eine. Sollte es wirklich nicht endlich möglich sein, dass unsere Hospitalcollegen mehr zusammenhalten, sich vereinigen, um gegen die verschiedenen Uebergriffe in ihre Rechte zu protestiren. Freilich hat ja bisher und wohl auch jetzt das «divide et impera» sich stets als gutes Mittel bewährt, sich vor collectiven Bitten seitens der Hospitalärzte zu schützen und das neue Element, welches durch die Hospitalcommission in den Kreis der Hospitalärzte hineingeschoben wird, um ihn «aufzufrischen» (wie das direct ausgesprochen worden), ist meist den Interessen der Collegen fremd gegenüberstehend. Der unglückliche Fall Dreypölcher hat uns aber andererseits gezeigt, dass der Sinn für die collective Vertheidigung der Collegen zum *ersten* Male erwacht und sich gleich gut bewährt hat. Möchten doch endlich auch die Hospitalärzte es einsehen, dass Einigkeit stark macht. Wenn es möglich würde, dass sich von Zeit zu Zeit sämmtliche Aerzte der St. Petersburger Stadthospitäler zu allgemeinen Besprechungen vereinigten, so wäre dieses das einzige Mittel, die verschiedenen Missstände in der Lage der Hospitalärzte zu beseitigen und für das ganze städtische Medicinalwesen könnte daraus nur der grösste Nutzen entspringen. Wenn der eben entstandene ärztliche Club sich erst entschliesst, auch Standesfragen zu allgemeiner Besprechung heranzuziehen, so dürfte das der geeignete Ort sein, auch unter den Hospitalärzten eine gemeinsame Besprechung ihrer Interessen zu erreichen. —n.

Vermischtes.

— Der ordentliche Professor der vergleichenden Anatomie, Embryologie und Histologie an der Universität Dorpat, Staatsrath Dr. Emil Rosenberg, hat einen Ruf als ord. Professor der Anatomie an die Universität Utrecht erhalten und angenommen. Er tritt an die Stelle des bekannten Anatomen, Prof. Koster, welcher mehr als 25 Jahre diesen Lehrstuhl in Utrecht innegehabt hat, seiner geschwächten Gesundheit wegen aber sein Lehramt aufgiebt. — Nur mit lebhaftem Bedauern können wir Akt nehmen von diesem Verlust, den die Dorpater Universität durch Rosenberg's Abgang erleidet. Gleich ausgezeichnet durch rege productive wissenschaftliche Arbeit, die schon vor 10 Jahren durch einen Ruf nach Amsterdam ihre Anerkennung im Auslande fand, wie durch einen fesselnden, von warmem Interesse für sein Fach durchdrungenen Vortag in Colleg und Prakticum, verstand er es, wie Wenige, bei seinen zahlreichen Schülern lebhaftes Interesse hervorzurufen, wovon manche unter seiner Aegide geschriebene vorzügliche Dissertationen Zeugniss ablegen. — Indem wir die Utrechter Universität aufrichtig zur Berufung Rosenberg's beglückwünschen, müssen wir mit vielen seiner früheren Schüler unserem Bedauern Ausdruck geben, dass es der Dorpater Universität nicht gelungen ist sich diese vorzügliche Lehrkraft zu erhalten.

— Zum Professor der Physiologie in Utrecht ist, an des berühmten Donders Stelle, welcher wegen vorgerückten Alters zurücktritt, der dortige bisherige Professor der Histologie und experimentellen Toxikologie, Dr. Th. Engelmann, ernannt worden.

— Der bisherige Privatdocent der Universität Charkow, Mag. Tschirikow, ist zum ausserordentlichen Professor der Pharmacie an dieser Universität ernannt worden.

— Die Gesellschaft Kostroma'scher Aerzte hat den Medicinalinspector des Kostroma'schen Gouvernements A. Rjeswäkow und den Kostroma'schen Kreisarzt J. Perssianzew in Anbetracht

ihrer langjährigen nutzbringenden Thätigkeit zu ihren *Ehrenmitgliedern ernannt*.

— Die *Pockenepidemie in Reval* dauert ungeschwächt fort. Seit dem 21. Januar sind daselbst 880 Personen an den Pocken erkrankt, von denen 514 genesen und 205 gestorben sind. 161 Personen befinden sich noch in Behandlung. — Auf der Fabrik *Kröhnholm* bei Narwa sollen neuerdings ebenfalls die Pocken aufgetreten sein.

— Aus Reval wird gemeldet, dass am 25. Juni daselbst der dortige freiprakticirende Arzt, Dr. Carl v. Berg, im Alter von 58 Jahren plötzlich gestorben ist. Der Hingeschiedene, welcher seine Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1849 bis 1852 Medicin studirte, gehörte zu den vielbeschäftigten und beliebtesten Aerzten der Stadt Reval.

— *Verstorben*: 1) Am 19. Juni auf seinem Gute im Gouvernement Rjasan der Curator des Kiew'schen Lehrbezirks, Geheimrath Dr. med. Sergei Golubzew, im 73. Lebensjahre. Nach Absolvirung der medicinischen Studien auf der Moskauer Universität, an welcher er auch zum Doctor medicinae promovirt wurde, war G. längere Zeit praktischer Arzt. Zu Anfang der 60er Jahre fungirte der Verstorbene als Friedensvermittler im Rjasan'schen Gouvernement und wurde im J. 1866 durch den damaligen Minister der Volksaufklärung, Grafen D. Tolstoi, von diesem Amte direct auf den Posten des Curators des Odessa'schen Lehrbezirkes berufen. Im Jahre 1880 wurde er als Curator nach Kiew versetzt, in welcher Stellung er trotz längerer Krankheit bis zu seinem Lebensende verblieb. 2) In Rostow a.|Don der dortige beliebte Arzt G. A. Chalibow an Diabetes mellitus. Nach Absolvirung des Arztexamens an der Moskauer Universität (i. J. 1859), war Ch. mehrere Jahre Arzt an einem Kinderhospital in Moskau. Im Jahre 1870 siedelte er nach Rostow a.|Don über, wo er sich eine ausgebreitete Praxis erwarb und als Arzt am Comptoir der Reichsbank und bei der Wolga-Don-Gesellschaft fungirte. 3) Am 1. Mai in Taschkent der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Turkestan'schen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath G. Loginowitsch, im 65. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein Schüler der Moskauer Universität und hat seine ganze Dienstzeit als Militärarzt verbracht. Im J. 1875 nahm er als Chefarzt des Detachements am Feldzuge gegen Khokand theil. 4) In Odessa am 5. Juni der vielbeschäftigte Arzt (Syphilis und Hautkrankheiten), W. Mandelbaum, der sich in einem Anfall von Irrsinn erhängt hat. 5) Am 3. Juni in Duchowschtschina (Gouvern. Smolensk) die Aerztin Scheidemann-Losina-Losinskaja am Flecktyphus, den sie sich im Hospital zugezogen hatte. An derselben Krankheit erkrankte zu gleicher Zeit auch ihr Mann, Dr. Losina-Losinski, der dieselbe aber glücklich überstanden hat (Wr.). 6) In Gera der Medicinalrath und Oberstabsarzt a. D., Dr. Grimm, am selben Tage und an derselben Krankheit wie der deutsche Kaiser *Friedrich*.

— Auf Vorstellung des Kriegsministers werden künftig alle *Aerzte* und *Veterinäre*, welche während der Zeit ihres Studiums in der militär-medicinischen Academie, auf Universitäten und in Veterinär-Instituten Kronsstipendien bezogen haben und von der Zahlung der Collegiengelder befreit waren und dafür zum Staatsdienste verpflichtet sind, — für den Fall, dass keine Vacanzen im Staatsdienste vorhanden, zur Reserve der Militär-Medicinalbeamten zugezählt werden. Die Dauer der Zuzählung zur Reserve, welche vom Tage der Beendigung des Cursus an gerechnet wird, wird eine anderthalb Mal längere sein, als die Dienstzeit, zu welcher diese Personen für die erhaltene Ausbildung gesetzlich verpflichtet sind. Denjenigen Aerzten und Veterinären aber, die ausser dem obligatorischen Staatsdienste für die genossene Ausbildung noch auf Grund des Wehrpflichtgesetzes der Zuzählung zur Reserve unterliegen, wird obige Zeit derart in Anrechnung gebracht werden, dass dieselbe zu den von dem Wehrpflichtgesetz vorgeschriebenen Jahren des Verweilens in der Reserve zugezählt wird, wobei jedoch die Gesammtdauer der Zuzählung zur Reserve 15 Jahre nicht überschreiten soll. (Russ. Med.)

— Der in diesem Jahre in *Heidelberg* stattfindende *VII periodische internationale Ophthalmologen-Congress* wird vom 8.—11. August n. St. tagen. Zu den bereits gemeldeten drei Referaten ist als viertes hinzugekommen: Ueber Ursache und Behandlung des Strabismus (Ref. Landolt — Paris, Corref. Raymond — Turin). Ausserdem sind 24 Einzelvorträge angemeldet; weitere Anmeldungen werden bis zum 31. Juli erbeten. — Während der Dauer des Congresses wird beabsichtigt eine Ausstellung neuerer ophthalm. Apparate, Instrumente und Verbandmittel zu veranstalten, wozu Anmeldungen entgegennehmen Instrumentenmacher W. Walb (Hauptstrasse 5) und Mechaniker R. Jung (Hauptstrasse 15).

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 19. Juni d. J. 5470 (32 weniger als in der Vorwoche), darunter 339 Typhus- (3 mehr), 474 Syphilis- (19 weniger), 88 Masern- (1 weniger), 41 Scharlach- (1 mehr), 19 Diphtherie- (4 mehr) und 12 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

— In St. Petersburg sind in der Woche vom 18.—25. Juni d. J. von Aerzten und Beamten der Polizei 364 Häuser, Höfe, Handelsetablissements etc. revidirt worden. In 120 Fällen wurden Vermerke in die Sanitätsbücher eingetragen und in 10 Fällen Protocolle über den vorgefundenen sanitätswidrigen Zustand aufgenommen.

— In den italienischen Provinzen Rovigo, Mantua und Verona ist die sogen. *Hühner-Cholera* so heftig aufgetreten, dass z. B. die Stadtverwaltung von Verona den Verkauf von geschlachtetem Geflügel einstweilen gänzlich untersagt haben soll.

— Der Consul der Vereinigten Staaten auf den Sandwichinseln, Putnam, macht in seinem amtlichen Bericht auf die Gefahr aufmerksam, welche die Einwanderung Aussätziger nach den Vereinigten Staaten für das Land im Gefolge hat. Putnam berichtet zugleich über den wissenschaftlich erbrachten Beweis der *Ansteckung des Aussatzes*: Ein zur Todesstrafe verurtheilter Verbrecher wurde unter der Bedingung begnadigt, dass er sich die Krankheit einimpfen liess. Ein deutscher Arzt, Dr. Eduard Arming, führte die Impfung aus. Lange zeigten sich keine Folgen der Impfung, später brachen aber die Geschwüre aus, welche keinen Zweifel über die Ansteckungsfähigkeit des Aussatzes übrig liessen.

(A. med. Ctr.-Ztg.).

— Da das *Saccharin* wegen seiner stark süssenden Eigenschaft bereits bei der Fabrication von Syrup, Confituren etc. Verwendung findet, so hat der französische Ackerbauminister sich an das hygienische Comité mit der Anfrage gewandt, ob das Saccharin wirklich ein völlig unschädlicher Körper sei und dessen Verwendung zu obengenannten Zwecken gestattet werden könne.

— Am 1. Juni c. fand in Paris die feierliche Eröffnung der auf Initiative des Dr. Natchel aus privaten Mitteln in dem Stadttheile, in welchem das Opernhaus liegt, errichteten ersten *fliegenden Ambulanz*[1] *zur schleunigen Hilfeleistung bei Unglücksfällen* statt. Zu diesem Zweck ist beim Hospital Saint-Louis ein besonderes Local eingerichtet worden, welches aus 3 Zimmern mit je einem Bett besteht. Einer der Ordinatoren des Hospitals dejourirt Tag und Nacht im Local und erhält dafür 10 Francs täglich. Neben dem Local befindet sich ein Pferdestall und ein Wagenschuppen, in welchen 3 Kutschen und die erforderlichen Pferde untergebracht sind. Eine der Kutschen ist stets zum sofortigen Gebrauche bereit. Das Local ist mit 23 Apotheken, welche sich im betreffenden Stadttheil befinden, telephonisch verbunden. Sobald sich irgend ein Unglücksfall ereignet, wird der Verunglückte in die nächste Apotheke gebracht, wo ihm die erste Hilfe zu Theil wird. Ist der Unfall geringfügig, so ist die Sache damit abgethan, ist aber ärztliche Hilfe erforderlich, so benachrichtigt der Apotheker unverweilt die Ambulanz, worauf der dejourirende Arzt sich sofort in der Kutsche an den Ort des Unglücksfalles begiebt, dort die nöthige Hilfe leistet und den Verunglückten in das Hospital schafft. Bei der Eröffnung der Ambulanz wurde ein Versuch angestellt. Punct 3 Uhr requirirte Dr. Natchel per Telephon Hilfe; bereits nach 14 Minuten langten 2 Kutschen aus dem Hospital St. Louis auf dem Opernplatz an; um 3 Uhr 25 Min. waren die Personen, welche die Rolle der Kranken übernommen hatten, bereits in's Hospital St. Louis gebracht. Jede Kutsche ist mit einem Pferde bespannt, auf den Glasscheiben der Kutsche befinden sich Abzeichen des rothen Kreuzes und ein besonderer Mechanismus, welcher durch die Räder in Thätigkeit gesetzt wird, klingelt ununterbrochen automatisch, damit die Begegnenden unverweilt den Weg frei geben. In der Kutsche finden Platz der Arzt, sein Gehilfe, geeignete Tragbahren für Verwundete und die zum ersten Verbande erforderlichen Gegenstände. — Bei der Eröffnung der Ambulanz, welche unter dem Vorsitz der Baronesse *Mohrenheim*, Gemahlin des russischen Botschafters stattfand, hielt Jules Simon eine Ansprache. (Le Progrès médical. — Wratsch).

— Wie die Erfahrung lehrt, verursachen intensive psychische Erregungen nicht allein blos vorübergehende und dauernde Störungen im Centralnervensystem, sondern auch bisweilen einen plötzlichen Tod. Das beweist der folgende von Prof. Bollinger in der «Münch. med. Wochenschr.» berichtete *Fall von plötzlichem Tod eines Gefangenen aus Angst*. Der 60 Jahre alte Bauerknecht *D.* versetzte in einem Anfalle von Jähzorn, nachdem er unmittelbar vorher ein paar Glas Bier getrunken hatte, einem andern Knechte mit der Mistgabel einen Hieb auf den Kopf, so dass der Getroffene zwei Schädelwunden erlitt und an Septico-Pyämie starb. D. wurde verhaftet und zeigte sich in der Gefangenschaft äusserst niedergeschlagen und schwermüthig. Am 30. Januar soll D. noch ganz wohl gewesen sein. Ueber Unwohlsein klagte er erst am 31. Januar, wo er als Angeklagter vor das Schwurgericht gestellt werden sollte. Dort kam D. so elend an, dass er in den Saal fast getragen werden musste und den Eindruck eines Moribunden machte. Die Haut war kalt, kein Puls; wiederholte Ohnmachten traten auf, Patient wurde in's Krankenhaus gebracht, wo er nach 24 Stunden starb. Die vorgenommene Section ergab einen negativen Befund. Entsprechend dem relativen Wohlbefinden des Patienten bis zum Tage der Verhandlung fanden sich sämmtliche lebenswichtige Organe, namentlich das Gehirn und das Herz, ohne irgend welche Veränderungen, die als directe Todesursache angesehen werden könnten. (W. med. Pr.)

— Dr. Grigg (Brit. med. Journ. 14. April) übte in den letzten 4 Monaten eine von ihm erfundene *Methode der Gewinnung von Lymphe aus Vaccinepusteln, ohne diese anzustechen*. Er legt einen kleinen Tropfen reinen Glycerins auf das Centrum jeder Pustel beim Stammimpfling und reibt dann die Kuppe der Pustel mit irgend einem glatten stumpfendigen Instrumente, etwa dem Kopfe einer Shawlnadel. Nach Verlauf von 2—3 Minuten vergrössert sich das Glycerintröpfchen fast um das Doppelte, besonders wenn die Pustel viel Lymphe enthielt, nach Abnahme dieses Tröpfchens kann man ein zweites selbst drittes auf ähnliche Weise mit Vaccinelymphe sättigen. Dr. Grigg hat in 4 Monaten über 200 Kinder, jedes an 4 Stellen mit dieser auf solche Weise gewonnenen Lymphe mit

[1]) In New-York existiren solche fliegende Ambulanzen schon lange

nie ausbleibendem Erfolge geimpft und scheint sie nicht allein reiner (ohne Blutbeimischung) sondern auch kräftiger zu sein und wird dabei der Stammimpfling vor der Gefahr einer reactiven Entzündung bewahrt. (Wr. № 18.)

— Das «Württemb. med. Corresp.-Bl.» bringt folgenden Bericht aus dem Neckarkreise, der den *harten Kampf um's Dasein mancher Aerzte kennzeichnet*: «Vor einigen Jahren stellte die Gemeinde X. um kargen Lohn einen Orts- und Armenarzt an. Da dieser leider nicht Alle gesund machen kann, kündigen die Gemeinderäthe den Vertrag mit ihrem Arzte und finden auf ihr Ausschreiben selbstverständlich bald wieder einen Neuen. Der Alte aber verlässt das Dorf auch nicht, denn wohin sollte er wohl gehen mit besserer Aussicht auf Erfolg? Wozu führt nun die bittere Noth die beiden Vertreter der Wissenschaft? Der Eine lässt durch den Gemeindediener im Dorfe ausklingeln, er mache künftighin den Krankenbesuch um 60 Pfennige, daraufhin lässt der Andere 2 Stunden später zur Ergötzung der Bauern ausklingeln, er thue desgleichen um 50 Pfennige!» (A. m. C.-Ztg.).

— Der «*Allgemeine deutsche Realschulmänner-Verein*» hat *1000 Mark* für die beste Bearbeitung nachstehender *Preisaufgabe* ausgesetzt: *Woher rührt die Ueberfüllung der sogenannten gelehrten Fächer und durch welche Mittel ist derselben am wirksamsten entgegenzutreten?*» — Das Preisgericht ist zusammengesetzt aus 2 Universitäts-Professoren, 2 Gymnasial-Directoren, 2 Abgeordneten und einem vortragenden Rathe des Unterrichtsministeriums. — Die Arbeiten sind *bis zum 15. Januar 1889 n. St.* an den Vorstand Dr. Schauenburg, Director des Realgymnasiums zu Crefeld, einzusenden.

— Beuermann und Villejan (Bullet. de thérap.) schlagen das neutrale salzsaure Chinin zu subcutanen Injectionen auf Grundlage von 107 Einspritzungen vor, weil es weniger Schmerzen, keine Abscesse und keine Vergiftungserscheinungen setzt. Ihre Formeln sind: 1) Rp. Acidi hydrochlorati puri (p. s. 1,18) 5,0, Aquae destillat. 15,0, Chinin. hydrochlorati basici 20,0. Dissolve leni calore et filtra. 2) Rp. Acidi hydrochlorati (p. s. 1,045), Chinini hydrochlorati basici aa 20,0. — 1,0 dieser Lösungen enhält 0,5 des Salzes und eine 1 Ccm. fassende Injectionsspritze ungefähr 0,75 Chinin. Die Lösung ist syrupdick, anfangs wenig gefärbt, später durch Oxydation des Chinins braun werdend, was aber die Wirksamkeit des Mittels nicht beeinträchtigt.

Nach Regnault und Villejean löst sich 1 Theil

Chinin. hydrochlorat. neutrale	in . . .	0,66 Wasser.
» sulphovinicum	» . . .	0,70 »
» lacticum	» . . .	2,00 »
» sulphovinicum basicum	» . . .	3,00 »
» hydrobromatum neutrale	» . . .	6,33 »
» sulphuricum	» . . .	9,00 »
» lacticum basicum	» . . .	10,29 »
» hydrochloratum	» . . .	21,40 »
» hydrobromatum	» . . .	45,02 »
» sulphuricum	» . . .	581,00 »

Nach dem Chiningehalte löst sich 1 Theil

Chinin. hydrochlorat. basicum	in . . .	81,71 Wasser.
» hydrochlorat. neutrale	» . . .	81,61 »
» lacticum basicum	» . . .	78,26 »
» hydrobromat.	» . . .	76,60 »
» sulphuricum	» . . .	74,31 »
» sulphovinicum	» . . .	72,16 »
» lacticum neutrale	» . . .	62,30 »
» hydrobromatum	» . . .	60,67 »
» sulphuricum	» . . .	59,12 »
» sulphovinicum	» . . .	56,25 »

Mithin nimmt das neutrale salzsaure Chinin in Bezug auf Löslichkeit die erste, in Hinsicht auf den Chiningehalt die zweite Stelle ein. Hz.

— Ein Gesuch des Vereins für Feuerbestattung in Berlin um die Genehmigung der facultativen Feuerbestattung ist von dem dortigen Polizeipräsidium abschlägig beschieden worden.

— *Amerikanische Winke in Bezug auf Honorar.* (New-York Med. Rec. April 21).

«Berechnet gleich jede Visite, dieses giebt in den Augen des Kranken einen geschäftlichen Werth.

Das Honorar muss immer gerecht und vernünftig sein, dann ist später kein Abzug nöthig.

Besteht immer auf voller Abzahlung, wenn nöthig, laut gebuchter Rechnung.

Verlangt der Kranke eine Verringerung der Rechnung, so erinnert ihn an die ihm gebrachten Opfer an Schlaf, Essen und Bequemlichkeit und denkt zuerst an Euch und dann an ihn.

Vermengt nie Empfindsamkeit mit dem Geschäfte, das «ich danke» ist am besten von dem Silberton der klingenden Münzen begleitet.

Geldverlust durch Krankheit betrifft nur eine Seite, in allen andern Verhältnissen beide Seiten. Warum soll es anders sein, wenn der Doctor bezahlt werden soll?

Bestimmt jedes Mal das Honorar und vertraut nie auf die Grossmuth des Kranken und setzt diesen nicht in Verlegenheit durch eine Forderung, welche Euch genügend erscheint. Solches gleicht dem Schiessen mit einem stossenden Gewehr in dunkler Nacht auf eine schwarze Katze.

Uebergebt Eure Rechnungen in kurzen Zwischenräumen und seid dringlich, wenn ihr sie einzutreiben beginnt». Hz.

Vacanzen.

— Der *Posten eines Chefs der hiesigen städtischen mikroskopischen Station* zur Untersuchung von Lebensmitteln ist vacant. An dem von der Communalverwaltung ausgeschriebenen Concurse können sich nur Doctoren der Medicin und Magister der Veterinärwissenschaften betheiligen.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 12. bis 18. Juni 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
352	252	604	132	65	108	17	11	13	58	47	44	40	38	19	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 51, Scharlach 11, Diphtherie 12, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 100, Todtgeborene 21.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohner-zahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	10.—16. Juni	2399	29,1	—	1167	14,2
Paris . . .	2 260 945	10.—16. Juni	1045	24,3	82	890	20,6
Brüssel . .	181 270	3.—9. Juni	94	27,0	4	87	24,9
Stockholm .	221 549	3.—9. Juni	157	36,9	5	77	18,0
Kopenhagen	300 000	13.—19. Juni	205	35,5	7	122	21,1
Berlin . . .	1 414 980	10.—16. Juni	816	29,9	25	506	18,6
Wien . . .	800 836	10.—16. Juni	512	33,2	30	391	25,3
Pest . . .	442 787	3.—9. Juni	325	40,4	22	284	33,4
Warschau .	444 814	10.—16. Juni	275	32,1	22	199	21,0
Odessa . . .	268 000	10.—16. Juni	—	—	8	188	36,5
St. Petersburg	**861 303**	**17.—23. Juni**	**619**	**37,3**	**21**	**536**	**32,3**

Annahme von Inseraten ausschliesslich im Central-Annoncen-Comptoir von Friedrich Petrick
St. Petersburg, Newsky-Prospect 8.

Pepsinhaltiges Pepton

von CHAPOTEAUT.
(In Russland erlaubt.)

Alle Peptonpräparate von Chapoteaut sind aus reinem Rindfleisch und Pepsin zubereitet und enthalten weder Chlornatrium, noch weinsteinsaure Soda.

Peptonpulver von Chapoteaut,
vollständig lösbar, wird in Bouillon, in Thee, in Oblaten oder als Clystier gegeben.

Peptonwein von Chapoteaut
von angenehmem Geschmack, wird nach den Mahlzeiten in Dosen von 1 oder 2 Glas eingenommen und enthält 10 Gramm Fleischgehalt per Weinglas.

DEPOT: Paris 8, rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

16 (6)

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.
Soeben erschien: 103 (1)

Grundriss
der
Arzneimittellehre
von
Dr. Oswald Schmiedeberg,
ord. Professor der Pharmakologie und Director des pharmakologischen Instituts an der Universität Strassburg.

Zweite Auflage.

gr. 8. 1888. Preis = geh. 6 M., geb. 7. M.

BAD NAUHEIM

bei Frankfurt a. Main, Station der Main-Weser-Bahn.

Naturwarme, kohlensäurereiche und gewöhnl. Sool-Bäder, elektr. Bäder, salinische Trinkquellen u. alkalische Säuerlinge, Inhalations-Salon, ozonh. Gradirluft, Ziegenmolke, Sommersaison vom 1. Mai bis 30. Sept. Abgabe von Bädern auch vor bezw. nach dies. Zeit.

57 (1)

Grossh. Hess. Badedirection Bad-Nauheim. Jäger.

ALEXANDER WENZEL.
St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.
Central-Dépot von Verband-Waaren.
Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.
Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.
Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.
Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc.
6 (14)

SAXLEHNER'S BITTERWASSER

«Hunyadi János-Quelle»

Eigenthümer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgatif durch folgende Vorzüge aus:

Prompte, sichere Wirkung.

Milder Geschmack. — Geringe Dosis.

Zu haben bei den Droguisten & Apothekern.

Man verlange in den Niederlagen 32 (10)

«Saxlehner's Bitterwasser».

Natürliches
Mineral-Purgativ-Wasser
DER QUELLE
FRANZ JOSEF
in Budapest, nach Zeugnissen medicinischer Autoritäten
wirkt sicher, leicht, prompt, und ohne nachtheilige Folgen.

Wird empfohlen als bestes Purgativ, welches keine der Gesundheit schädlichen Stoffe in sich enthält. 99 (4)

VERKAUF UEBERALL.
Als Normal-Dosis genügt ein halbes Glas.
Die Direction in Budapest.

Curort **SALZBRUNN,** Schlesien.
Cursaison vom 1. Mai bis Ende September.

OBERBRUNNEN

(seit **1601** medicinisch bekannte alkalische Quelle ersten Ranges.)
Ausgezeichnet durch **Wohlgeschmack** und **Haltbarkeit**. Gegen Erkrankungen der **Lungen**, des **Halses**, der **Harnorgane**, **Gicht** etc. —
Versand zu jeder Jahreszeit durch 10 (13)
Salzbrunn i. Schl. **Furbach & Strieboll.**

SEE- UND SOOLBAD COLBERG.

56 Eisenbahn-Saison Billets. Frequenz 1887: 7700 Gäste. (3)

Дозв. ценз. Спб. 1. Іюля 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 28. **St. Petersburg, 9. (21.) Juli** **1888.**

Bericht über den Sanitätszustand in der Nicolai-Cavallerie-Schule im Jahre 1887.

Von

Dr. J. Grimm.

Am 1. Januar 1887 war der Bestand der Schule	203 Junker
Im Laufe des Jahres kamen hinzu	95 „
Es gingen ab	100 „
Zum 1. Januar 1888 war der Bestand	198 „

Da im August die Schule fast ganz geschlossen ist und in diesem Monat keine Kranken waren, so muss man das Jahr mit 11 Monaten rechnen.

Im Lazareth wurden 180 Junker mit 392 verschiedenen Krankheiten verpflegt.

Von diesen 180 Junkern waren im Lazareth:

1 Mal	85 Junker	5 Mal	3 Junker
2 „	42 „	6 „	4 „
3 „	21 „	7 „	4 „
4 „	19 „	8 „	1 „

9 Mal 1 Junker.

Ambulatorisch wurden 220 Junker in 2062 Besuchen behandelt. Von diesen besuchten das Lazareth:

1 Mal	36 Junker	20 Mal	1 Junker
2 „	26 „	21 „	4 „
3 „	18 „	22 „	1 „
4 „	15 „	23 „	4 „
5 „	14 „	24 „	3 „
6 „	16 „	25 „	1 „
7 „	10 „	26 „	2 „
8 „	7 „	27 „	1 „
9 „	4 „	28 „	1 „
10 „	12 „	29 „	1 „
11 „	1 „	30 „	2 „
12 „	8 „	32 „	1 „
13 „	2 „	33 „	1 „
14 „	2 „	37 „	2 „
15 „	5 „	38 „	1 „
16 „	4 „	41 „	1 „
17 „	3 „	44 „	1 „
18 „	5 „	61 „	2 „
19 „	4 „		

Die mittlere tägliche Zahl der Kranken im Lazareth war vom 1. September 1886 bis zum 1. Januar 1888:

Im September 1886	0,5%
„ October	1,1%
„ November	0,8%
„ December	0,4%
	2,8% (0,59)

Im Januar 1887	0,3%
„ Februar	0,5%
„ März	0,9%
„ April	0,95%
„ Mai	0,4%
„ Juni	0,4%
„ Juli	0,27%
	3,72% (0,49)

Im September 1887	0,37%
„ October	0,44%
„ November	0,45%
„ December	0,5%
	1,76%

Wenn man den Bestand der Schule mit 200 Junkern annimmt, so hat man vom 1. September 1886 bis zum 1. September 1887 = 0,29% Erkrankungen, und vom 1. Januar 1887 bis zum 1. Januar 1888 = 0,24% Erkrankungen.

Die mittlere Zahl der Krankentage (die Summe der Krankentage im Monat, getheilt durch die Zahl der Tage im Monat z. B. im September 1886 waren 115 Krankentage, der Monat September hat 30 Tage, also: 115 : 30 = 3,8) betrug:

Im September 1886	3,8 Krankentage
„ October	7,9 „
„ November	9,2 „
„ December	3,8 „
Im Januar 1887	6,4 „
„ Februar	7,0 „
„ März	7,8 „
„ April	3,7 „
„ Mai	3,3 „
„ Juni	2,3 „
„ Juli	1,9 „
Im September 1887	4,0 „
„ October	7,6 „
„ November	9,3 „
„ December	6,9 „

Betreffs der Morbilität muss man die Monate in folgender Reihenfolge zählen:

November 1887	62 Erkrankungen
October	57 „
Januar	54 „
December	43 „
Februar	42 „
September	31 „
März	28 „
Mai	25 „
Juli	20 „

Juni	18	Erkrankungen
April	12	„
	392	Erkrankungen.

Nimmt man das Lehrjahr vom 1. September 1886 bis zum 1. Sept. 1887, so erhält man folgende Reihe:

1886	October	68	Erkrankungen
1887	Januar	54	„
1886	November	49	„
1887	Februar	42	„
„	März	28	„
1886	September	27	„
1887	Mai	25	„
1886	December	22	„
1887	Juli	20	„
„	Juni	18	„
„	April	12	„
		365	Erkrankungen.

Bei der Vergleichung dieser beiden Reihen erweist sich, dass der Unterschied auf die Monate November und December 1886 und 1887 zurückzuführen ist. Im Jahre 1887 war in diesen Monaten die Morbilität grösser: November 1887 — 62, 1886 — 49; December 1887 — 43, 1886 — 22. Hierdurch wird auch die grössere Morbilität im Kalenderjahr 1887 im Vergleich zum Lehrjahr 1886/1887 erklärt.

Nach den Krankheitsarten vertheilten sich die Erkrankungen folgendermaassen:

Acuter Magendarmcatarrh, Magencatarrh u. Darmcatarrh 111 Fälle = 28% aller Erkrankungen. — Abscesse und Furunkeln 47 Fälle = 11,75%; Contusionen 27 Fälle = 7%; acuter Bronchialcatarrh 25 Fälle = 6,3%; Kopfschmerzen aus verschiedener Ursache 24 Fälle = 6,0%; catarrhagische Angina 20 Fälle = 5%; Urethritis 19 Fälle = 4,7%, Febris intermittens 18 Fälle = 4,5%; Unterleibstyphus 15 Fälle = 3,7%; Parulis 15 Fälle = 3,7%; Influenza 26 Fälle = 6.6%, Orchitis 11 Fälle = 2,7%, Rheumatismus 9 Fälle = 2,3%; Neuralgien 5 Fälle = 1,3%; von anderen Krankheiten waren nur einzelne Fälle vorhanden.

Die Krankheiten des Magen-Darmcanals vertheilten sich hauptsächlich auf die Monate: November, Januar, October, December, Februar, September; der Unterleibstyphus auf die Monate: Februar, März, November, December; die catarrhalische Angina auf die Monate: Januar, Juni, November, März, November, December; Entzündungen der Respirationsorgane: Februar, October, November, December, Januar; Abscesse und Furunculosis: Januar, Februar, October, Mai, Juni, Juli; Contusionen kommen während des ganzen Jahres vor, doch sind sie selbstverständlich während der Lagerzeit häufiger.

Im Jahre 1886 war in den ersten 3 Monaten die Morbilität grösser, als im Jahre 1887; 1886 189 Erkrankungen, 1887 124 Erkrankungen; dieses ist auf die 1886 in Petersburg herrschende Influenzaepidemie zurückzuführen. Dagegen war in den letzten Monaten des Jahres 1887 die Morbilität (193 Erkrankungen) grösser, als in denselben Monaten 1886 (166 Erkrankungen). Dieses wurde hauptsächlich durch Erkrankungen des Magen-Darmcanals bedingt; 1887 71 Fälle, 1886 46 Fälle.

Die Durchschnitts-Krankheitsdauer während des Aufenthalts im Lazareth berechnet sich:

	K.-Tage	Junker	
September 1886	115	27	4,2
October	246	68	3,6
November	276	49	5,7
December	116	22	5,0
Januar 1887	203	54	3,7
Februar	196	42	4,7
März	242	28	8,6
April	113	12	9,4
Mai	104	25	4,1
Juni	69	18	3,8
Juli	58	20	2,9
September	119	31	3,8
October	238	57	4,2
November	282	62	4,5
December	213	43	5,0

(September 1886 – Juli 1887:) $\frac{1738 \text{ K.-Tage}}{366 \text{ Junker}}$ 4,7

(Januar – December 1887:) $\frac{1837 \text{ K.-Tage}}{392 \text{ Junker}}$ 4,6

Im November-Monat war ein Fall von Unterleibstyphus, der im December sich mit einem Durchbruch in den Peritonälsack complicirte und tödtlich endete.

Folgender Fall von Unterleibstyphus verdient vielleicht einer näheren Beachtung. Den 10. März 1887 trat in das Lazareth der Junker N. K. in einem fieberhaften Zustande ein, wobei sich nur eine catarrhalische Angina constatiren liess; erst nach einigen Tagen erwies es sich, dass ein Typhus abdominalis vorlag. Den 24. Erkrankungstag, d. h. den 31. März, bildete sich eine hypostatische Pneumonie aus und den 2. eine hypostatische Nephritis; die letztere wurde unter Anderem von mir mittelst der mikroskopischen Untersuchung diagnosticirt, da in dem blutigen Harn keine morphologischen, organischen Bestandtheile nachzuweisen waren, mit Ausnahme von rothen Blutkörperchen in verschiedenen Stadien des Zerfalls; in der 6. Woche traten Anfälle von Wechselfieber auf, an denen Pat. schon früher häufig gelitten hatte, und die in der 8. Woche schwanden. Pat. ist vollkommen genesen und dient als Officier in einem Cavallerieregiment. Die Krankheit hat gar keine bösen Folgen hinterlassen.

Im Laufe des Jahres 1887 wurden im Lazareth 27 Fälle von Contusionen und Distorsionen, 1 Fall von Verrenkung und 2 Fälle von Knochenbrüchen beobachtet. Alle diese traumatischen Verletzungen wurden im Lazareth der Schule und zwar in unten angegebener Weise behandelt:

9. Jan. 1887. Junker G. Contusion des linken Knies; Eisumschläge, Einwickelung des Beines mit Binden von appretirter Marly, die in einer von mir zusammengestellten und sehr oft angewandten Lösung α) getaucht waren. Als genesen ausgeschrieben den 12 Jan.

17. Jan. Junker M—o. Fractura tibialis maleolaris dext. Gypsverband, der am 12. Februar entfernt wurde; Verband mittelst in die Lösung α getauchter Binden aus appretirter Marli; Massage. Gesund entlassen den 14. Februar.

7. Febr. Junker T.—I. Contusion des linken Fusses. Verband mit Binden und Lösung α; Eisblase; gesund entlassen den 9. Febr.

9 Febr. Junker D—. Contusion des rechten Fusses. Verband mit Binden und der Lösung α; Eisblase; ausgeschrieben den 11. Febr.

12. Febr. Junker T—ki. Contusion und Distorsion der grossen Zehe des linken Fusses. Verband mit Binden aus appretirter Marli und der Lösung α; Eisblase; ausgeschrieben den 13. Februar.

17. Febr. Junker L.—I. Contusion des Hodens. Eisblase; Einreibung von grauer Quecksilbersalbe mit Extr. Hyoscyami in die Inguinalgegend; darauf — Frick'scher Heftpflasterverband; mit demselben entlassen den 21. Februar.

18. Febr. Junker P. Contusion der Nase. Umschläge mit der Lösung α; entlassen den 21. Februar.

20. Febr. Junker A—w. Contusion der grossen Zehe des rechten Fusses. Verband wie oben mit der Lösung α; Eisblase; ausgeschrieben den 23. Februar.

20. Febr. Junker K. Contusion der Umgebung beider Augen mit Bluterguss in das Unterhautzellgewebe. Umschläge aus Bleiwasser mit Eis. Ausgeschrieben den 25. Februar.

10. März. Junker D. Contusion des linken Fusses. Verband mit Binden aus appretirter Marli und der Lösung α; Eisblase; Heftpflasterverband; 16. März ausgeschrieben.

17. Mai. Junker K. Contusion der Weichtheile des linken Unterschenkels. Massage; Eisumschläge; ausgeschrieben den 23. Mai.

27. Juni. Junker L. Distorsion des linken Fusses. Oben erwähnter Verband mit Marli und Lösung α; Eisblase.

3. Juli. Junker O—e. Contusion des rechten Fusses. Marliverband mit der Lösung α; Eis. Ausgeschrieben den 4. Juli.

10. Juli. Junker A—w. Starke Distorsion und Contusion des rechten Schultergelenkes beim Sturz mit dem Pferde (schon früher war eine Fractur des rechten Oberarmknochens gewesen). Eis; Compressen mit der Lösung α; Blutegel; Massage. Ausgeschrieben den 19. Juli (ambulatorisch weiterer Behandlung unterworfen).

11. Juli. Junker Fürst Gr—ski. Luxatio articulat. humeri dext.; Contusio capitis; Commotio cerebri; Extravasatio sanguinea in tegumentum cellulos. regionis orbitalis et palpebrarum oculi sin.; Eisumschläge auf den Kopf; kalte Begiessungen des Kopfes; Clysma; Einrenkung des Armes; Verband. Gesund entlassen den 20. Juli.

Am 11. Juli 1887 überschlug sich der Junker Fürst Gr—ski, während des Attaque-Reitens mit dem Pferde, wobei er besinnungslos, von clonischen Krämpfen geschüttelt, liegen blieb. Es erwies sich: eine Luxation des rechten Schultergelenkes; Contusion der rechten Schläfengegend mit Blutextravasat in der rechten Augengegend, Sclera etc., eine starke Commotio cerebri; unfreiwillige Harn- und Fäcalentleerung; vollkommen besinnungsloser Zustand. Die betreffende ärztliche Hilfe war zur Stelle und wurde sofort geleistet: Pat. wurde in das Lazareth der Nicolai-Cavallerieschule — ca 300 Schritt weit — getragen; hier wurde die Luxation sofort eingerenkt; Clysma, kalte Begiessungen des Kopfes, Eisblase, Bitterwasser etc. verordnet; nach ca. 26 Stunden kam Pat. zur Besinnung und nach 10 Tagen reiste er genesen nach Moskau, den luxirten Arm in einer Binde tragend; die Binde wurde zeitweise abgelegt. Bemerkenswerth erscheint, dass Pat. während der 26 Stunden, da er ohne Besinnung war, in deutscher Sprache phantasirte und seine Wünsche äusserte, auf Fragen antwortete etc., während er seit Jahren deutsch garnicht gesprochen hat, wohl aber bis zu seinem 11. Lebensjahr mit einer deutschen Gouvernante sich der deutschen Sprache bedient hatte. Als er zur Besinnung kam, sprach er wieder russisch.

11. Juli. Junker M—row. Contusion des Kopfes und der rechten Schulter durch Sturz beim Reiten im Carrière; der Kolben des über die Schulter gehängten Gewehrs brach durch; die Besinnung für ca. 5 Minuten verloren. Eisumschläge; Abführmittel; gesund entlassen den 18. Juli.

7. October. Junker W—I. Contusion der linken Wade. Einreibung Linim. volat. camphor. Entlassen den 8. Oct.

14. Oct. Junker Sch—. Distorsion des linken Kniegelenkes beim Voltigiren. Eisblase; Marliverband mit der Lösung α; Jodtinctur; Massage; Gummibinde. Entlassen den 7. Nov.; geringe Steifheit nachgeblieben.

α) Aqu. plumbi Pfd j. Tinct. opii simpl. ʒj. Tinct. arnicae ℥j. Spirit. camphorae ʒij. Aceti aromatici ℥jj. MDS.



29. Oct. Junker O—ser. Fractura oss. metacarpi III manus sin. Marliverband mit der Lösung α; Eis; ambulatorisch weiter behandelt; aus dem Lazareth entlassen den 1. November.

30. October. Junker W—n. Contusion des linken Kniegelenkes. Massage; Marliverband mit der Lösung α; Eisblase; Gummibinde; geheilt den 10. November.

9. Nov. Junker B—ko. Leichte Contusion des linken Kniegelenkes an der inneren Seite. Massage; Gummibinde; Heftpflasterverband. Entlassen den 10. Nov.

16. Nov. Junker K—w. Contusion des linken Kniegelenkes. Marliverband mit der Lösung α; Eis; dann Gummibinde; Massage; gesund entlassen den 23. Nov.

16. Nov. Junker P—w. Contusion der grossen Zehe des linken Fusses. Eis; Marliverband mit der Lösung α; Massage; mit einem Heftpflasterverband den 7. December entlassen.

Nicht gerechnet die Incision vielfacher Furunkel wurden folgende Operationen ausgeführt: im Februar dem Junker S- n. Carbunkel; im März — Junker B. Bubo; im October dem Junker B. ein grosser Tumor cysticus; dem Junker M—w. Phimosis-Operation.

Im Jahre 1887 wurden Medicamente für die Summe von 574 Rbl. 36 Kop. verausgabt und Verbandmaterial für 100 Rbl. 41 Kop. — Die Medicamente wurden, wie früher, zum kleinsten Theil aus einer freien Apotheke erworben, zum grössten Theil aus in der betreffenden Handlung erstandenem Material in der Lazarethapotheke unter meiner Oberaufsicht bereitet. — Zählt man durchschnittlich 200 Junker, so hat jeder Junker 3 Rbl. 37¹/₂ Kop. gekostet an Medicamenten und Verbandmaterial. Doch da die Dienenden — ca. 500 Personen — auch freie Behandlung geniessen, so kann man auf Letztere 250 Rbl. abzählen und auf jeden Junker würden 2 Rbl. 2¹/₂ Kop. jährlich kommen.

Recepte wurden in der Apotheke ausgeführt: für die Junker 3663 und für die Dienenden 1573, im Ganzen 5236. Jedes Recept kostete 10,9 Kop., wenn man das Verbandmaterial nicht rechnet, 12,9 Kop. mit dem Verbandmaterial.

Referate.

C. Gerhardt: Ueber Zeichen und Behandlung des einfachen chronischen Magengeschwürs. (D. med. W. 1888. № 18).

Blutbrechen wird als beweisendes Symptom für Ulcus ventriculi angesehen, doch kann es auch auf anderem Wege zu Stande kommen, und kann auch fehlen. Bei alten Geschwüren kann ein Tumor durchzufühlen sein, man kann sagen: «Bei mehr als dreijähriger, wenn auch unterbrochener Dauer des Magenleidens spricht ein kleiner dünner Tumor stark zu Gunsten eines Geschwürs». So manche Verhältnisse bei Ulcus ventriculi können Tumor vortäuschen, doch wird man in solchen Fällen, wenn erst festgestellt ist, dass der Mageninhalt übersäuert ist, Carcinom ausschliessen können. Die Salzsäurebestimmung ist ein werthvolles Hülfsmittel gerade zur Differentialdiagnose. Sitz und Verhalten des *Schmerzes* liefert noch am ehesten den Nachweis des Magengeschwürs; bei andauernder Acidität des Mageninhalts kann der Schmerz andauernd sein, und dann kommt auch öfter jene Schmerzform vor, die durch Aufnahme von Nahrung für kurze Zeit beschwichtigt wird. Wo die Furcht vor dem Schmerz zur Beschränkung der Nahrungsaufnahme zwingt, hat man es schwerlich mit Carcinom, weit eher mit Ulcus, vielleicht mit Cardialgie zu thun. Frisches Ulcus ventriculi besteht gewöhnlich, chronisches bisweilen ohne auffällige Störung der Ernährung.

Frische Geschwüre heilen oft unter Milchdiät, auch bei älteren ist reichlicher Milchgenuss förderlich und wirksam. Peptone werden per os nicht gut vertragen, im Klysma können sie werthvoll sein. Die Erkenntniss andauernder Hyperacidität des Magensaftes bei Ulcus rechtfertigt die Annahme vorwiegender Milch-Fleischdiät bei diesen Kranken.

Narcotische Mittel sind nur ausnahmsweise bei dringendem Bedarf zu geben. Bei Anämischen ist zuweilen *Salzsäure-Mangel*, und Gebrauch der Salzsäure per os daher angezeigt; oder noch besser ist in solchen Fällen das Eisenchlorid.

Alkalien werden meist schlechter vertragen, als die Wässer von Karlsbad, Ems, Tarasp.

Nüchtern 1—3 Mal täglich bis einige Centigramm *Argent. nitr.* in Lösung genommen, ist oft von guter Wirkung, oft ganz wirkungslos.

Condurango ist oft sehr nützlich, besonders bei alten Magengeschwüren abgemagerter Menschen; bei Manchen steigert es wieder die Beschwerden.

Magenausspülung ist für alte Geschwüre unbedenklich und das werthvollste Mittel, besonders dort, wo Erweiterung sich eingestellt hat.

Max Schmidt.

J. Schütz (Frankfurt a. M.): Ein Fall von Alopecia neurotica. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band 17. № 7. 1887).

Vom Verfasser beschriebener Fall ist ein Unicum und als solches von Interesse. Bei einem Knaben von 8 Jahren entstand in Folge einer geringfügigen Verletzung mit der Scheere eines Haarkünstlers ein ganz merkwürdiger Haarverlust, der anfangs vom Ort der Verletzung in Form eines Streifens sich nach unten hinzog, allmälig sich nach unten verbreitete und schliesslich die Form eines Dreiecks, mit oberer in der Nähe des Wirbels am Hinterhaupt belegener Spitze und unterer Basis darstellte. Nach genauer Untersuchung kommt Verf. zu dem Schluss, dass dieser Haarverlust nur durch Vermittlung von Nervenbahnen verursacht worden sein konnte. Das durchaus Eigene dieses Falles liegt darin, dass es eine ganz geringfügige *periphere* Läsion gewesen, die eine derartige relativ grosse Störung hervorgerufen hat; eine sonstige Betheiligung des Nervenapparates war, bis auf das von Pincus für Area Celsi angegebene Symptom — Schiefstand der Uvula nach der erkrankten Seite hin — nicht im Geringsten zu finden. Verf. führt als Analogon für den Einfluss peripherer Läsionen auf fernliegendere Bezirke Herpes, Ekzem, Ecthyma, Trismus, Epilepsie etc. nach geringfügigen Verletzungen an. Die Existenz besonderer trophischer Nerven wird auch vom Verfasser als höchst wahrscheinlich hervorgehoben.

E. K. (Qu.)

A. Fränkel: Ueber Strophanthuswirkung. (D. med. W. № 8 und 9).

Tct. Strophanthi ist ein wirksames Herztonicum, welches die Digitalis an Stärke der Wirkung nicht übertrifft, aber wohl in einzelnen Fällen zu ersetzen im Stande ist. Fränkel hat wohl Fälle gesehen, wo nach vergeblicher Anwendung von Tct. Strophanthi die Digitalis noch gute Wirkung hervorbrachte, das Umgekehrte hat er aber nie beobachtet. Am besten bewährt sich die Tinctur bei functionellen Störungen der Herzthätigkeit, während bei Klappenfehlern nur mässiger Effect, bei Arteriosclerose und chronischer Nephritis negativer Erfolg zu sehen war. Unter Umständen war auch bei Störungen im Pfortadersystem Nutzen zu beobachten. Die Wirkung tritt, wenn überhaupt, schon nach 10—15 Stunden ein. Ungünstige Nebenwirkungen in Form von dyspeptischen Störungen traten nur bei wenigen Patienten ein. Die Anzahl der Versuchskranken war keine sehr grosse. Die Dosis betrug 5—15 Tropfen der Tinctur drei Mal täglich zu nehmen.

Max Schmidt.

Prof. J. Mikulicz: Zur operativen Behandlung des stenosirenden Magengeschwürs. (Langenbek's Archiv. XXXVII, 1).

In der Behandlung der narbigen Pylorusstenose concurrirten bisher die Resection (Rydygier) und die Gastro-enterostomie (Wölfler). Die mechanische Erweiterung von einer Magenfistel aus (Loreta) hat wenig Anklang gefunden. Von jenen beiden Operationen nun scheint bisher die Wölfler'sche sich mehr bewährt zu haben, und auch Verf. ist in der Lage, über einen eigenen Fall mit glücklichem Ausgang zu berichten. Gleichwohl haften derselben zwei bedeutende Uebelstände an: 1) lässt dieselbe den örtlichen Krankheitsprocess ganz unberücksichtigt und bleibt daher bei gewissen Complicationen (Perforation, unstillbare Blutung aus einem stenosirenden Geschwür) unanwendbar; 2) hinterlässt dieselbe häufig eine Störung, die auf Compression des Quercolons durch die über dasselbe zum Magen hinaufgeschlagene Dünndarmschlinge beruht und sich in heftigen oft stundenlang andauernden Koliken während der Verdauung äussert. Die zur Vermeidung dieses Umstandes von Courvoisier und Hacker vorgeschlagene Modification, die Dünndarmschlinge nicht über das Colon transversum hinwegzuziehen, sondern durch eine Oeffnung im Mesocolon hindurchzuführen, hat sich noch nicht bewährt und entbehrt jedenfalls des Hauptvortheils der Wölfler'schen Operation, der Einfachheit der Technik. Alle diese Vorwürfe treffen ein Verfahren nicht, welches Verf. für solche Fälle erdacht und auch bereits einmal am Lebenden in Anwendung gezogen hat. Dasselbe besteht in Schlitzung des verengten Pylorus von der gesunden Magenwand bis ins gesunde Duodenum hinein und in querer Vereinigung dieses Schnitts, so dass die ursprünglichen Wundwinkel an einander zu liegen kommen und die Halbirungspuncte der Wundränder, nach oben und unten verzogen, ihrerseits zu Wundwinkeln werden. Vor Anlegung der Naht wäre ein etwa vorliegendes frisches, vielleicht blutendes oder perforirendes Geschwür entsprechend zu behandeln (durch Excision oder Verschorfung mit dem Paquelin). In dem erwähnten Falle des Verfassers liessen sich auf diese Weise einem hochgradig verengten Pylorus vollständig normale Dimensionen wiedergeben. Der durch unstillbare Magenblutungen hochgradig geschwächte Patient starb indess 50 Stunden nach der Operation im Collaps. — Nachträglich brachte Verf. in Erfahrung, dass bereits 11 Monate vor ihm dieselbe Operation mit glücklichem Erfolge von Heineke ausgeführt worden ist. Letzterem spricht er daher die Priorität des Verfahrens zu.

G.

Prof. Dr. Hugo Schulz (Greifswald): Ein Beitrag zur Pharmakodynamik des Schwefels. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band VII. № 3).

Verfasser sucht dem Schwefel seine alte im Laufe der Zeit in Vergessenheit gerathene Stellung in der Therapie wieder zu verschaffen. Er erinnert daran, dass der Schwefel beim Aufbau der Eiweissmolecüle, namentlich in den epidermoidalen Gebilden, eine grosse Rolle spiele, an die den älteren Aerzten bekannte *erregende* Wirkung auf verschiedene, gesunde und kranke, Organe, an die Erregung der feinsten Gefässe (Humboldt), des schwangeren Uterus, die Reizung der Bronchialschleimhaut im Beginn der Schwefelbrunnencuren, Vermehrung der Leberthätigkeit und Gallensecretion (Reumont), die Schwefeltherapie bei Hautkrankheiten (Unna) etc. Je feiner vertheilt der Schwefel dem Organismus einverleibt wird, um so ener-

gischer äussert er seine Wirkungen. Nach Verf. Ansicht trägt der Schwefel dazu bei das an sich schwer oxydirbare Eiweiss leichter angreifbar zu machen. In Gegenwart von Wasser hat er die Eigenschaft Schwefelwasserstoff zu bilden; also freien atomistischen Sauerstoff zu schaffen, der bei Gegenwart von Eiweiss sofort zu dessen Oxydation verbraucht wird; Schwefelwasserstoff hingegen scheidet leicht freien Schwefel aus und somit ist ein Circulus gegeben, der den Sauerstoffumsatz in den Zellen selbst immerfort unterhält. Gewisse Aehnlichkeit besitzt der Schwefel mit Arsen, nur mit dem Unterschiede, dass Arsen ein Körper ist, der dem Organismus nicht normaler Weise eigen, wie das beim Schwefel der Fall ist; er schliesst sich mehr dem Eisen an. Verf. erinnert ferner an die guten Wirkungen der Schwefelcuren bei Blei- und Quecksilbervergiftungen; er nimmt an, dass der Schwefel anregend auf die secernirenden Organe einwirkt, ihre Leistungsfähigkeit steigert und auf diese Weise sie zur Ausscheidung der chemischen Gifte veranlasst. Eine ähnliche Wirkung übt wohl der Schwefel auch in jenen Fällen von Chlorose, wo Eisen erst nach einer vorangegangenen Schwefelbehandlung seine Wirkung äussert (Schulz und Strübing), Chinin bei Malaria erst nach vorangegangener Schwefelwassercur seine abgenutzte Wirkung wieder zur Geltung bringt; vielleicht wäre damit auch die Wirkung des Schwefels auf latente Lues zu erklären und noch andere Erscheinungen bei Schwefeltherapie. Schliesslich warnt Verfasser über dem hastigen Suchen nach immer neuen Mitteln bewährte alte Medicamente ausser Acht zu lassen. E. K. (Qu).

E. Plessing: Hautverpflanzung nach C. Thiersch. Mittheilung aus der chirurgischen Klinik zu Leipzig. (Langenbeck's Archiv XXXVII, 1).

Man kann an granulirendem Gewebe auf dem senkrechten Durchschnitt deutlich zwei Schichten unterscheiden. Die untere, in welcher das Gefässnetz eine horizontale Lage hat, ist je nach dem Alter der Wunde mehr oder weniger straff. Aus dieser erheben sich senkrecht die überaus reichen Gefässbäumchen der Fleischwärzchen, des Granulationsgewebes im engeren Sinne. Die Heilung einer Granulationsfläche beruht einerseits auf Schrumpfung derselben durch Umwandlung des weichen, gefässreichen Fleischwärzchens in die schmale, gefässarme Narbenpapille, wodurch die benachbarten Theile nach Maassgabe der anatomischen Möglichkeit herangezogen werden; und zweitens auf Ueberhäutung der schrumpfenden Granulationen mit Epidermiszellen von den Wundrändern her. Da indess beiden Processen gewisse Grenzen gesetzt sind, welche nicht überschritten werden, so kommen in praxi häufig genug Granulationsflächen zur Beobachtung, die stationär geworden sind und nur noch geringen Schwankungen ihres Umfanges unterliegen. Für die Heilung solcher Wunden hat Reverdin's wichtige Entdeckung, dass Hautstückchen auf Granulationen anheilen können, begeisterten Anklang und weiteste Verbreitung gefunden. Doch zeigte sich im Laufe der Zeit, dass derselben zwei Uebelstände anhaften, welche noch nachträglich das Resultat verschlechtern und sogar vernichten können. Wird nämlich die Transplantation vorgenommen, so lange die Granulationen das Maximum der Schrumpfung noch nicht erreicht haben, so geht dieser Process unter den angeheilten Hautstückchen unbeeinflusst weiter, event. natürlich zu grossem Nachtheil des Endresultates. Im anderen Falle wird zwar eine weitere Schrumpfung nicht eintreten; dagegen bleibt unter der angeheilten Haut das hinfällige, gefässreiche Granulationsgewebe bestehen, und geringe mechanische Insulte genügen, Blutungen oder Exsudation herbeizuführen, die das Abfallen der aufgeheilten Haut zur Folge haben. Da nun für beide Uebelstände der Grund in den Eigenschaften der oberen Schicht des Granulationsgewebes, der eigentlichen Fleischwärzchen, liegt, so ergiebt sich daraus das Postulat, dieselben vor der Hautverpflanzung zu entfernen. Dies ist die theoretische Grundlage der Methode, über welche Thiersch zuerst 1886 auf dem Chirurgen-Congress in Berlin unter Demonstration bemerkenswerther Resultate berichtete. Da dieselbe gleichwohl noch nicht die ihr zukommende allgemeine Verbreitung erlangt hat, so hat sich Verf. die Aufgabe gestellt, dieselbe noch einmal genau zu beschreiben und durch klinische Belege aus seiner Assistentenzeit zu erläutern.

Abgesehen von der anfänglichen Reinigung und Desinfection, für welche die üblichen Antiseptica in Anwendung kommen, ist auf die letzteren zu verzichten, da es den Anschein hat, als ob die Anheilung der Hautlappen durch den Reiz, welche Sublimat, Carbol etc. ausüben, gefährdet werden kann. Im weiteren Verlaufe wird daher nur 6‰ frisch gekochte Kochsalzlösung benutzt, sowohl als Wundwasser, als auch zum Anfeuchten der Verbandstoffe. Ebenso bildet die Esmarch'sche Blutleere keinen regelmässigen Bestandtheil des Verfahrens, da dieselbe hinterher zur Anlegung eines Druckverbandes nöthigt, welcher für die Lebensfähigkeit der verpflanzten Haut verhängnissvoll werden kann. Die Vorbereitung einer frischen, reinen Wunde ist mit der Blutstillung beendigt; Granulationsflächen werden mit dem scharfen Löffel abgeschabt, dann mit Protectiv bedeckt und auf dieses ein Kochsalzschwamm angedrückt, bis nach 5—10 Minuten die Blutung steht. Die Haut entnimmt man meist vom Oberarm oder Oberschenkel des Patienten, und zwar durch langsam sägenden Schnitt mit einem Rasirmesser, welches während der Procedur beständig mit Salzwasser zu befeuchten ist. Diese Hautstreifen enthalten stets eine Schicht Stroma, aus welchem sich die Papillen erheben; ein Umstand, durch welchen die Anheilung derselben erheblich begünstigt wird, da das Blut nur an einigen Puncten des Basalnetzes einzudringen braucht, um sich von diesem aus in sämmtliche Papillen zu verbreiten. Da die mit einer geradlinigen Schneide von einer Cylinderfläche abgelösten Streifen in der Mitte dicker sind, als an den Rändern, so muss man dieselben, wenn eine Breite von über 2 Ctm. gewünscht wird, vom Oberschenkel entnehmen, weil sie sonst in der Mitte zu dick ausfallen. Ist die Abtragung derselben beendigt, so schiebt man sie zunächst, unter fortwährender Befeuchtung mit Salzwasser, mit der Knopfsonde in die Längsrichtung der Klinge, setzt dann diese mit dem Ende auf die zu bedeckende Wunde, schiebt den Rand des Hautlappens um einige Millimeter über das Ende der Klinge hinaus und zieht nun letztere langsam so zurück, dass der Hautstreifen in passender Lage auf der Wundfläche liegen bleibt. In dieser Weise wird die ganze Wunde mit Hautlappen so zugedeckt, dass die letzteren sich mit den Rändern berühren oder sogar zum Theil decken, weil Zwischenräume leicht zur Bildung von Narbengittern Anlass geben, die sich in der erwähnten Weise vermeiden lassen. Die Heilung der Entnahmestelle erfolgt ohne Narbenbildung, so dass man sogar von derselben Stelle wiederholt Hautlappen entnehmen kann.

Zur Sicherung der Hautlappen in ihrer Lage haben sich am meisten feuchte Verbände bewährt. Bei trockenem Verbande kommt man mit dem Jodoform noch am weitesten. Das in Leipzig übliche Verfahren ist Folgendes: Zunächst wird die Umgebung der Wunde eingeölt, um die Abnahme des Verbandes zu erleichtern; dann wird die bepflanzte Fläche mit centimeterbreiten, in Salzlösung getauchten Protectivstreifen so bedeckt, dass die Ränder derselben sich fast berühren. Darüber kommen der Reihe nach eine fingerdicke Lage mit Salzlösung befeuchteter Wundwatte, ein Stück Protectiv, eine Schicht trockener Watte, eine weiche und eine appretirte Binde, die nur einen geringen Druck ausüben dürfen. Dieser Verband wird zunächst täglich erneuert, wobei jedesmal die Wunde reichlich mit Salzwasser abgespült wird. Die Veränderungen, welche an den transplantirten Hautstreifen auftreten, stimmen mit von den Reverdinschen Hautstückchen bekannten überein. Ist die Anheilung in der Hauptsache gelungen, so kann man zum Trockenverbande übergeben.

Am sichersten gelingt die Anheilung auf die Schabfläche von Granulationen, zumal wenn diese etwa 6 Wochen bestehen und ihr Wachsthum, sowie die Secretion durch wiederholte Aetzung etc. beschränkt ist. Nächstgünstig ist lockeres und straffes Bindegewebe (Hautstroma, Fascien, Periost); nicht ungünstig sind Drüsen und Muskeln. Spongiöse Knochensubstanz und freiliegende Sehnen geben kein sicheres Resultat; auch hat sich für diese inzwischen in dem feuchten Blutschorf nach Schede eine geeignetere Behandlungsmethode gefunden. Auf blossgelegtem compacten Knochen (Schädeloberfläche) ist eine Anheilung bis jetzt nicht gelungen. Das Haupthinderniss des Gelingens ist Infection mit Eiterkokken. Bei einigen luetischen Individuen kam die Anheilung nicht eher zu Stande, als bis eine ausreichende specifische Behandlung vorhergegangen war. Das Resultat war nach gelungener Anheilung stets ein dauerndes; dagegen trat häufig eine, wenn auch nicht bedeutende Schrumpfung noch nachträglich ein.

Betreffs der mitgetheilten Krankengeschichten (40 an der Zahl) verweisen wir auf das Original. G.

Renvers und Waetzold: Zur Behandlung der Oesophagusstricturen mit Dauercanülen. (D. med. W. 1888. № 15).

Ersterer Autor hat schon an anderer Stelle, — Zeitschrift für klin. Med. 1887. 6. Heft — die Methode beschrieben, mittelst geeigneter Instrumente kurze Hartgummiröhren — Dauercanülen — in die verengte Stelle der Speiseröhre einzuführen. Der Patient, von dem in der ersten Mittheilung die Rede war, hat mit kurzen Unterbrechungen die Canüle 7 Monate lang getragen, und dieselbe dann selbst entfernt, in dem Glauben, er sei völlig geheilt. Da die alten Schlingbeschwerden sich wieder einstellen, so tritt er nächstens wieder in die Klinik ein. Ein zweiter Patient trägt die Canüle schon 5 Wochen, nimmt an Gewicht zu. Ein dritter hat 3½ Wochen die Canüle getragen, befindet sich jetzt schon 14 Tage ohne dieselbe; eine Frau, welche die Canüle 10 Monate lang ohne jegliche Beschwerde getragen hatte, und an Nephritis calculosa gestorben war, kam zur Obduction, und dabei erwies es sich, dass die Canüle, welche in dem ringförmigen carcinomatösen Geschwür lag, keinerlei Druckerscheinungen bewirkt hatte, weder oberflächliche Necrose, noch auch Blutaustritte waren an der Geschwürsoberfläche zu sehen. Max Schmidt.

Edgar Kurz: Ueber Reflexhusten. (D. med. W. 1888. № 13).

Eine 35jährige Frau, im 4. Monat schwanger, war zu Beginn der Gravidität sehr erschöpft durch starke Leukorrhoe. Dann acquirirte sie eine Erkältung, Kitzel im Halse, zuerst trockenen Reizhusten, dann Husten mit reichlichem Auswurf. In 14 Tagen verlor sich dann der Auswurf, der Husten hörte aber nicht auf, und 6 Wochen lang hat Pat. fast unaufhörlich trockenen, rauhen, sehr quälenden Husten gehabt, unendlich viel dagegen gebraucht und ist von verschiedenen Aerzten behandelt worden, welche alle verschiedene Diagnosen stellten. Bei Untersuchung der Lungen negatives Resultat, die Kehlkopfschleimhaut erwies sich als hyperämisch, bei gynäkologischer Untersuchung findet man im Cervix zwei erbsengrosse gestielte Schleimhautpolypen sowie eine Erosion an der Portio vaginalis. Die Polypen wurden mit der Scheere abgetragen, die

Erosion mit Jodtinctur geätzt, — und zwar ohne der Pat. etwas davon zu sagen, was vorgenommen worden war. Auf dem Heimwege schon hat die Pat. keinen Hustenreiz mehr verspürt, und der Husten ist seit dieser Operation mit einem Schlage ganz beseitigt gewesen.

Verfasser nimmt an, das prädisponirende Moment sei hier die Schwächung des Organismus durch die Leukorrhoe gewesen, die Gelegenheitsursache waren die Polypen am nervenreichen Cervix, und die Ursache der Uebertragung gerade auf das Hustencentrum war die vorhergegangene Steigerung der Erregbarkeit desselben in Folge der acuten Laryngitis und Tracheitis. Max Schmidt.

A. Pfeiffer: Der Scheurlen'sche Krebsbacillus ein Saprophyt. (D. med. W. 1888. № 11.)

Die Scheurlen'schen Krebsbacillen haben kein langes Leben gehabt, Pfeiffer behauptet, es liege ein bacteriologischer Irrthum vor. Er hat sich Reinculturen des fraglichen Bacillus aus Berlin verschafft auch von Scheurlen selbst auf seine Bitte eine zugeschickt bekommen, und sagt, es handle sich um eine Proteus-Art.

Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

L. de Wecker et E. Landolt: Traité complet d'Ophthalmologie. (T. IV. fasc. 1. Anatomie du nerf optique et de la rétine par G. Schwalbe; Maladies de la rétine par L. de Wecker. 240 pag. Paris 1887, Delahaye et Lecrosnier).

Das gleiche Capitel, Anatomie der Sehnerven und der Retina, ist von Schwalbe 1874 im Lehrbuch von Graefe-Saemisch bearbeitet worden. Die vorliegende Darstellung ist keine Wiederholung jener Arbeit, wenngleich sie in manchen Zügen und altbekannten Bildern daran erinnert; es ist vielmehr eine dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechende, umfassende neue Bearbeitung dieses Gegenstandes (52 S.). Dieser erste Theil des Buches, der sich wohl durch den Namen des auf diesem Gebiete besonders als Forscher bewährten Verfassers genügend empfiehlt, führt den Leser in vortrefflicher Weise ein in die Krankheiten der Retina. Wecker's Bearbeitung derselben ist eine mustergültige, wie es von dem mit reicher Erfahrung ausgestatteten Praktiker und hervorragenden Schriftsteller nicht anders zu erwarten. Elegante, klare Darstellung, zweckmässige Ausnutzung der umfangreichen Literatur (die Bibliographie am Schluss nimmt 36 S. ein) und viele eigene Beobachtungen machen das Buch zu einer fesselnden Lectüre. — Mit Vorliebe ausführlich behandelt ist das interessante Capiel über Netzhautablösung, auf welchem Gebiete Verf. viel gearbeitet und mehrfach mit neuen Vorschlägen zur Behandlung hervorgetreten. — Die im Text zahlreich eingestreuten Holzschnitte sind etwas stiefmütterlich behandelt. Schr.

W. T. von Reny: Die Eigenart der Warmquellen von Wildbad. Stuttgart, Enke. 8°. 207 S.

Verfasser, bekannt durch Aufstellung einer neuen Theorie über die Wirkung der sog. indifferenten Thermen sowie durch zahlreiche anderweitige Arbeiten namentlich im Gebiet der Nervenheilkunde, giebt hier in gemeinverständlicher Form eine erschöpfende Darstellung von allem, was Wildbad angeht, und ist das anregend geschriebene Büchlein allen zu empfehlen, die sich über Wildbad unterrichten wollen und wird auch von jedem, der sich für indifferente Thermen überhaupt interessirt, mit Nutzen gelesen werden.

M. Buch (Willmanstrand)

J. C. Holm: Die Technik des Badens. Wiesbaden, Bergmann. 1887. 8° 55 S.

Verf. beschreibt sorgfältig einen Theil der zur Wassercur erforderlichen Badeformen, wohl diejenigen, welche in seiner Anstalt angewandt werden. Was er giebt, enthält viele praktische Fingerzeige und ist daher für den Specialisten nicht ohne Interesse, der praktische Arzt dagegen erhält wegen der Unvollständigkeit des Gegebenen kein genügendes Bild von der Technik des Badens. Als Curiosum mag ein Stückchen physiologische Anschauung des Verf. hergesetzt werden: «Die Hauttemperatur ist das Jahr hindurch immer dieselbe, etwas über 36°C.» S. 11. Eines Commentares für diese Ungeheuerlichkeit und noch bei einem Badearzte bedarf es wohl nicht. Buch (Willmanstrand).

B. Fromm: Zimmergymnastik 2 Aufl. Berlin 1888. Hirschwald. 8°. 107 S.

Das schön ausgestattete Büchlein steht im Ganzen auf den Schultern der Schreber'schen «Zimmergymnastik», die bisher von so ausserordentlichem Nutzen gewesen. Fromm giebt eine wichtige Erweiterung, indem er ausser den reichen Freiübungen auch die passiven und Widerstandsbewegungen der schwedischen Heilgymnastik, soweit sie sich durch Beschreibung und Abbildungen erlernen lassen, mit hineinzieht. Die Abbildungen sind so instructiv, dass ein Jeder die beschriebene Bewegung ohne Weiteres verstehen kann und ist das Büchlein einem jeden Arzte angelegentlich zu empfehlen.

Buch (Willmanstrand).

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Cerebrospinal-Meningitis, deren Wesen und Behandlung von Dr. med. H. Baaz — Graz. — Berlin u. Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 1 Mk.

— A case of gastrotomy for cancer of the oesophagus by Prof. J. Collins Warren. (Repr. from «The Medical Record». Nov. 5 1887).

— Четыре случая трепанаціи черепа. С. Ф. Унтербергера. (Изъ „Хирург. Вѣстн." февр. 1887).

— Календарь для врачей всѣхъ вѣдомствъ 1888 (XXI-й г. изд.), подъ редакціей Проф. В. К. Анрепа и Д-ра Мед. Н. А. Воронихина. — С.-Петербургъ. Изданіе К. Л. Риккера.

— Zur Feier der Wissenschaft. Rede gehalten bei Wiedereröffnung der Universität zu Rom am 3. Nov. 1887 von Jac. Moleschott. — Giessen 1888. Verlag von Emil Roth. Pr. 1 Mk.

— Dermatologische Studien. 6. Heft. Ueber ein combinirtes Universalverfahren, Spaltpilze im thierischen Gewebe nachzuweisen. — Zur pathologischen Anatomie der Lepra. — Beitrag zu den Pilzbefunden bei Mycosis fungoides v. Dr. Hermann Kühne, Wiesbaden. Mit 2 lithogr. Tafeln. — Hamburg und Leipzig 1887. Verlag von Leopold Voss. Pr. 3 Mk.

— Beiträge zur klinischen Chirurgie. Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Tübingen, herausgegeben von Dr. Paul Bruns. 3. Band. 2. Heft. Mit einer Lichtdrucktafel. — Tübingen 1887. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. Pr. 4 Mk.

— Klinische Zeit- und Streitfragen. Herausgegeben unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner von Prof. Dr. Joh. Schnitzler. — Ueber Atonie des Magens von Dr. R. Freiherr v. Pfungen. II. Theil. — Wien 1887. Wilhelm Braumüller. Pr. 2 Mk.

— Die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters. I. Theil bearbeitet von den DDr. C. Schönborn, R. Demme, J. Weinlechner, E. v. Bergmann, C. v. Mosengeil und Oscar Witzel. Mit 38 Holzschnitten. Separat-Ausgabe aus Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. — Tübingen 1887. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandl. Pr. 12 Mk.

— Altes aus neuen Anstaltsberichten. Eine 3. Adresse an die prakt. Aerzte von Dr. C. M. Brosius. — Berlin und Neuwied 1887. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 1 Mk. 50 Pf.

— Gynäkologische Studien und Erfahrungen von Dr. med. Mathias Grechen — Luxemburg. Inhalt: I. Ueber Dysmenorrhoea membranacea. II. Bericht über 10 Fälle von Laparotomie. III. Laparotomie bei Bauchfelltuberculose. Mit 10 Tafeln. — Berlin und Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 2 Mk. 70 Pf.

— Beitrag zu den xerotischen Hornhautleiden unter Aufführung einer neuen, bisher von mir nicht beobachteten Form dieses Leidens nach vorausgegangener Entziehungsdiät v. Prof Dr. Schoeler. Sep.-Abdr. aus der Berl. klin. Woch. № 52. 87.

— Beiträge zur Impftuberculose beim Menschen von Dr. Anton Freiherrn v. Eiselsberg. Sep.-Abdr. aus der Wiener med. Woch. № 53. 1887.

— Eine praktische Vereinfachung der quantitativen Gährungsprobe zuckerhaltigen Urins v. Dr. H. Peltesohn. Sep.-Abdr. a. d. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1887. Decemberheft.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 19. Januar.

Prof. Dr. Bidder: «Wiederholte Laparotomie wegen Hämatometra». (Zur Veröffentlichung bestimmt).

Sitzung den 2. Februar.

1. Dr. Selenkow berichtet über «einen Fall von Blutcysten des Halses», den er im Obuchowhospital operirt hat und demonstrirt die Cysten, wie auch die dazu gehörigen mikroskopischen Präparate, aus denen sich ergiebt, dass die Cysten offenbar aus einem verirrten Schilddrüsenlappen ihren Ursprung genommen. (Die Mittheilung ist zur Veröffentlichung bestimmt).

2. Dr. Barthel theilt «einen Fall von Uterus septus nebst Vagina septa» mit, den er nach einer Geburt in Beobachtung bekommen. Am 13. Januar wurde eine ca. 30-jährige Krankenwärterin des Nikolai-Irrenhauses in's Obuchowhospital aufgenommen. Dieselbe menstruirte seit dem 18. Jahre regelmässig, 4—6 Tage lang, mässig stark. Seit 10 Jahren verheirathet, hat sie ihre ehelichen Pflichten vollkommen erfüllt. Die letzten Menses im Sommer. Am 1. Nov. 1887 die ersten Kindesbewegungen. Am 26. Dec. erhielt sie von einem Patienten einen Schlag in's Genick und bald darauf zeigten sich Blutspuren per vaginam und Wehen, die von Zeit zu Zeit auftraten. Einige Tage vor dem Eintritt in's Hospital ging unter Beihülfe einer alten Frau die Geburt von statten. Das Kind starb nach einigen Minuten. Am 15. Januar constatirte Dr. B. Folgendes: Die äusseren Genitalien normal, beim Eingehen mit dem Finger in die Vagina fand man in letzterer eine an der hinteren Wand bis zum

Fornix reichende Scheidewand, deren unterer freier Rand ca. 1½—2 Ctm. lang war; diese Scheidewand zog sich längs der ganzen hinteren Wand der Vagina, genau deren Mitte entsprechend, bis zur Portio vaginalis hinauf, dabei in der Mitte eine bedeutend geringere Höhe darbietend, als am oberen und unteren Ende; die Dicke derselben betrug ca. 3—4 Mm. Der ganze freie Rand stellte eine mit graugelbem Eiter bedeckte, geschwürige Fläche dar. Auf der vorderen Vaginalwand fand sich auf dem oberen und unteren Drittel ein geschwüriger Streifen, während auf dem mittleren Drittel ein ca. ½ Ctm. hoher Rest des durchrissenen Septums sitzen geblieben war; auch oben zog sich auf der vorderen Vaginalwand dieser Streifen bis zur Portio vag. Letztere hatte sich schon deutlich wiedergebildet und bot ein einfaches Os externum dar. Circa ½ Ctm. über demselben stiess der untersuchende Finger auf den unteren Rand eines sagittal-gestellten Septums und gelangte zu beiden Seiten desselben in je eine völlig getrennte Uterinhöhle, von denen die linke den Eindruck grösserer Weite und Geräumigkeit machte; in beiden Höhlen fühlte man weiche Blutgerinnsel und drang der behufs Ausspülung eingeführte Bozemann'sche Catheter in beiden Höhlen parallel dem Septum gleich weit ein (ca. 12 Ctm.), während bei der Palpation durch die Bauchdecken der breite Fundus rechts einen Fingerbreit höher stand, als links, also schräg gestellt war, wobei jedoch keine sattelförmige Einbuchtung nachweisbar. Bei der Ausspülung entleerten sich aus beiden Höhlen kleine Coagula und scheinbar auch geringe Decidua-reste.

Am 16. Januar wurden aus der linken Uterushöhle noch deutliche Decidua reste entfernt.

Das Puerperium verlief ohne Zwischenfälle, nur fieberte Pat. einige Tage mässig (38,0—38,5), nur 1 Mal stieg die Temp. bis 39°. Der Uterus involvirte sich etwas träge, so dass am 27. Januar der Fundus noch 4 Querfinger über der Symphyse stand. Von der vorher constatirten Anomalie liess sich aber nunmehr kaum etwas eruiren. Längs der Mittellinie der vorderen Vaginalwand zog sich bis an die Portio ein schmaler narbiger Streifen, ganz an niveau der Schleimhaut, ein gleicher liess sich auf der hinteren Wand der Vagina constatiren, nur dass hier auf dem unteren Drittel sich eine flache, ca. 2 Mm. hohe Leiste mit leicht gezacktem freiem Rande befand. Durch den hinteren Cul de sac zog sich, zum Theil auf die Portio übergehend, ein sichelförmiger Rest des fast spurlos verschwundenen Vaginalseptums. Die Portio erschien völlig ausgebildet und symmetrisch, das etwas geöffnete Os uteri liess die Fingerkuppe eindringen, doch konnte der Rand des Uterinseptums nicht mehr erreicht werden. Am 2. Februar verliess Pat. das Hospital.

3) Dr. Anders berichtet über folgenden, «betreffs Diagnostik der Pleuraexsudate charakteristischen Fall». Es handelt sich um ein 5-jähriges Kind, welches ohne besonders alarmirende Symptome vor 2 Jahren erkrankte und seitdem fortlaufend leidend gewesen. Seit einem Jahre bemerkten die Eltern Kurzathmigkeit und eine Vorwölbung der linken vorderen Thoraxwand, welche sich auch zur Zeit sehr deutlich geltend macht. Die Auscultation ergiebt fortgeleitetes abgeschwächtes Athmungsgeräusch, die Percussion Schenkelton der linken Thoraxhälfte in ganzer Ausdehnung. Die Intercostalräume sind verstrichen. Der Herzstoss befindet sich unter der rechten Mammilla. An der rechten Lunge überall Vesiculärathmen. Eine Ansaugung mittelst der Pravaz'schen Spritze fördert vorne keinen Inhalt zu Tage, in der Axillarlinie wenige Tropfen eitrig flockigen Serums. Dr. A. resecirte zunächst die 5. Rippe in der Axillarlinie. Hierbei zeigte sich in der Rippenlücke nicht eitrige Flüssigkeit, sondern ein dicker Käsebrei, der sich ohne weiteres nicht entleeren lässt. Ref. resecirte auch die 6. Rippe und begann mit dem Entleeren des relativ festen käsigen Inhaltes des Pleurasackes mit grossen scharfen Löffeln, was unter Zuhülfenahme reichlicher Ausspülungen mit Borsäurelösungen nach längerer Arbeit gelang. Der theils fast krümliche, theils flockig weiche, aber durchaus nicht flüssige Inhalt zeigte keine zusammenhängenden Fetzen. Der palpirende Finger stiess nirgends auf grössere Unebenheiten oder Schwartenbildung von der Pleura costalis. Der nach wiederholter Ausspülung etwas erweichte käsige Belag liess sich mehr oder weniger glatt von der Pleura mittelst des Löffels abstreifen. Die Lunge liegt als derber geschrumpfter Lappen der Wirbelsäule an. Der entleerte Inhalt der Pleura beträgt approximativ einen Liter. Bei weiterer Exploration der evacuirten Thoraxhälfte mittelst des Fingers constatirte Dr. A. Caries der 7. Rippe in einer Ausdehnung von etwa 5 Ctm. Referent resecirte nun auch diese Rippe in der Ausdehnung der Caries. Da die Operation vor wenigen Tagen ausgeführt wurde, ist nur über den zunächst eingetretenen Effect derselben zu berichten, der ein günstiger ist. Dr. A. spricht in diesem Falle, gemäss dem, einem lange bestehenden Empyeme in keiner Weise entsprechenden Pleurainhalte, die an der hinteren Fläche der 7. Rippe etablirte Caries als Ausgangspunct der Erkrankung und Quelle des so ungewöhnlichen Pleurainhaltes an.

Discussion. Dr. Schmitz weist auf die verschiedene Consistenz hin, welche die Auflagerungen bei tuberculöser und bei phlegmonöser Pleuritis bieten und meint, ob es sich in dem vorliegenden Falle nicht um eine Parapleuritis gehandelt habe. Vor einigen Jahren hatte er Gelegenheit einen retrosternalen Abscess zu operiren, wobei weder Perforation in die Pleurahöhle noch Knochencaries nachzuweisen war.

Dr. Dombrowski meint, wenn der Process von einer cariösen Rippe ausgegangen wäre, hätte sich nicht so massenhaftes Exsudat bilden können und spricht die Vermuthung aus, dass es sich um ein Empyem mit secundärer Rippencaries gehandelt haben müsse.

Dr. Petersen macht darauf aufmerksam, dass sich doch bei der Probepunction etwas seröses Exsudat gezeigt habe, dieses spräche für einen intrapleuralen Process.

Dr. Selenkow scheint es, dass es sich jedenfalls um eine tuberculöse Pleuritis gehandelt habe, die Abwesenheit stärkerer Schwarten spräche nicht dagegen, dieselben können ja in Verkäsung übergangen sein.

Dr. Sesemann wendet dagegen ein, er glaube nicht, dass pleuritische Schwarten in dieser Weise schwinden können, sie nähmen eher durch den chronischen Reiz an Dickendimension zu.

Dr. Selenkow erwähnt noch, dass er kürzlich ein 4-wöchentliches jauchiges Empyem operirt und dabei gar keine Schwarten, nur zersetzte Coagula gefunden.

4. Dr. Tiling berichtet, an die Mittheilung Dr. Selenkow's anknüpfend, über eine Erscheinung, die er vor einigen Monaten an einer Schädelfractur beobachtet. Bei einem Knaben (ca. 12 J. a.), Laufbursche, der wahrscheinlich einige Etagen hoch in freiem Fall herabgestürzt war auf den steinernen Dielenboden, wurde einige Tage nach der Verletzung, in denen Pat. wieder ohne Gehirnerscheinungen zugebracht, plötzlich eine Trepanation des Schädels nöthig, da halbseitige Krämpfe, Besinnungslosigkeit und kleiner Puls aufgetreten. Nach Durchschneidung der Weichtheile etwas nach hinten vom rechten Tuber frontale zeigte sich eine nach unten verlaufende klaffende Spalte im Knochen, die im Canthus externus den Margo supraorbitalis durchsetzte. Es wurde mit dem Meissel ein bis 3 Ctm. im Durchmesser haltendes rundes Stück des Schädels entfernt. Die bläulich verfärbte, unverletzte Dura wölbte sich sofort durch die Oeffnung weit vor und liess dem aufgelegten Finger überaus deutliches Schwirren fühlen, wie beim Aneurysma und wie unterhalb verletzter, resp. jäh verengter Stellen von Arterien. Beim Durchschneiden der Dura strömte kein Blut entgegen, sondern es befanden sich zwischen Dura und Pia nur einige Tropfen dunklen Blutes, wohl aber wölbte sich das unverletzte Hirn, ebenso wie vordem die Dura vor und zeigte beim Betasten dasselbe *Phänomen des deutlichen Schwirrens*. T. glaubte deshalb, die vermeintliche Blutung, welche den Hirndruck erzeugt, habe in die Hirnmasse oder in den rechten Seitenventrikel stattgefunden. Da der Zustand des Pat. ein höchst desolater war und schleunige Abhilfe forderte, machte T. mit der Pravaz'schen Spritze eine Probepunction in die Hirnmasse, erst oberflächlich einsaugend, dann tiefer, so weit es die mittellange Nadel der Spritze erlaubte, aber ohne jegliches Resultat, d. h. ohne Blut zu erhalten, es musste also der Pat. seinem Schicksal überlassen werden. Die Operation war ohne Chloroform in tiefer Besinnungslosigkeit des Pat. gemacht. Er starb einige Stunden darauf. Bei der Section fand sich ein geringer Bluterguss diametral der Trepanationsstelle entgegengesetzt in der linken hinteren und mittleren Schädelgrube, dort war auch die graue Hirnsubstanz circumscript zerquetscht, die Ventrikel waren leer. T. meint, dass als einziger, wenn auch schwer verständlicher Erklärungsgrund für das Phänomen des Schwirrens an dem durch die Trepanationsöffnung vorgebauchten Dura- resp. Hirntheile die *Abknickung* der in Dura und Pia verlaufenden Gefässe bei bestehendem erhöhtem Innendruck in der Schädelcapsel anzunehmen wäre.

4. Dr. Hirsch berichtet kurz über die «Heilanstalt in Poguljanka bei Dünaburg», welches sich gut zu einem Sanatorium eigne.

Sitzung den 16. Februar.

1. Dr. Tiling spricht über die «vorläufigen Resultate seiner Resectionsmethode» und demonstrirt eine Patientin, bei welcher er das Ellenbogengelenk resecirt hat. Patientin, welche mit gestreckter Hand gestürzt und sich eine Ellenbogen-Luxation zugezogen, wurde zuerst von einem alten Weibe und erst nach 2 Monaten von einem Chirurgen behandelt, dem jedoch die Reduction nicht gelang.

Am 7. Nov. kam Pat. in das Klinische Institut und wurde von T. operirt. Das Resultat ist ein günstiges, fast ganz volle Excursionen in allen Richtungen und Abwesenheit jeglicher Wackelbewegung. Wie Tiling sich bei der Operation überzeugen konnte, schien ausser der Luxation auch noch eine intracapsuläre Fractur vorhanden gewesen zu sein.

2. Dr. Petersen berichtet kurz über eine von ihm seit 2 Monaten geübte neue Methode der «Behandlung des Ulcus molle», welche im Auskratzen des Geschwüres mit dem scharfen Löffel besteht. Man erhält eine reine Wundfläche, die schnell verheilt, bei kleinen Geschwüren oft sogar in 3—4 Tagen.

3. Dr. Petersen theilt seine Beobachtungen über die «locale Anästhesie mit subcutanen Cocaininjectionen bei Circumcision» mit, das Resultat ist ein gutes. Kürzlich hatte er einen Pat. in der Ambulanz des Alexander-Männerhospitales mit Phimose in Folge von 3 grösseren weichen Schankern am Präputium. P. cocainisirte und machte die Circumcision, wobei alle 3 Ulcera mit entfernt wurden; bei ambulatorischer Behandlung verheilte die Wunde per primam. Pat. hat seine Arbeit keinen Tag versäumt.

4. Auf die Anfrage des Dr. Hirsch, ob die Collegen die Behandlung der Syphilis mit tiefen Calomel-Injectionen versucht hätten, theilt Dr. Petersen mit, er habe im Alexanderhospital bereits 400 Fälle mit Calomelinjectionen behandelt, jedoch diese Methode trotz des guten Erfolges fallen gelassen, weil er ca. 5% Abscesse und ca. 25% Gingivitis erhalten. Dagegen habe er neuerdings die Injectionen mit *Hydrargyr. oxydat. flavum* in Oleum Vaselini einge-

führt und bereits über 300 Fälle mit stets günstigem Erfolge behandelt, jedoch noch keinen einzigen Abscess und viel seltener Gingivitis bekommen. Secretär: Dr. O. Petersen.

Correspondenz.

Helsingfors. Geehrter Herr College! Kürzlich war ich genöthigt eine Fahrt nach Helsingfors zu machen und benutzte die Gelegenheit, wenngleich die Zeit mir nur kurz bemessen, mich mit den dortigen klinischen Anstalten der Universität bekannt zu machen. Die Eindrücke waren aber derartig erfreulicher Natur, dass es mir werth scheint, Einiges darüber den Collegen mitzutheilen, da man trotz der Nähe von St. Petersburg, doch im Allgemeinen wenig über die Helsingforser Kliniken weiss. Natürlich können meine Notizen nur einen fragmentarischen Charakter an sich tragen.

Mein erster Gang führte mich, von liebenswürdigen Studenten geleitet, zum *pathologischen Institut*, einem Neubau unweit der Universität, der schon allein ein günstiges Licht auf das Interesse wirft, mit welchem man für die Ausbildung der Medicin sorgt. Im Institut befinden sich die Secirräume, sowie ein vorzüglich eingerichtetes Cabinet für mikroskopische Arbeiten. Die patholog.-anatomische Sammlung ist recht reich und vorzüglich geordnet, wie überhaupt äusserste Sauberkeit überall das Auge angenehm berührt. Demnächst besuchten wir die *syphilodologisch-dermatologische Klinik*, welche von Dr. G. Smirnow geleitet wird, dessen Name gegenwärtig der ganzen med. Welt durch sein Bestreben bekannt ist, die Scarenzio'sche Methode der Syphilisbehandlung mittelst Calomelinjectionen zu verbreiten. Es ist ein unbestreitbares Verdienst Smirnow's mit grosser Consequenz immer wieder diese Methode empfohlen und vertheidigt zu haben. Dank Smirnow ist man wieder auf diese fast vergessene Methode zurückgekommen und jetzt giebt es wohl keinen Syphilodologen, welcher sie nicht auch versucht hat. Wenn man sie nun auch wieder verlässt, so ist Dank ihrer neues Streben angeregt worden und namentlich ein neuer Gesichtspunct eröffnet worden. Die Behandlung der Zukunft liegt in der Injection grösserer Dosen unlöslicher Hg.-Verbindungen in grösseren Zeitintervallen. Benutzt man nun Calomel oder Hg. oxydat. flavum oder andere Salze, das ist weniger wichtig als das Princip, welches Dank der Anregung Smirnow's jetzt alle Specialcollegen beschäftigt. Daher war es uns von besonderem Interesse, die Klinik Smirnow's kennen zu lernen. Sie befindet sich in dem alten «Clinicum», ein Gebäude, welches mehr einer Kaserne ähnelt und auch äusserst spärlich eingerichtet ist. Im Ganzen sind 50—60 Betten vorhanden, für Männer, Weiber und Kinder, doch soll sie bedeutend erweitert werden, sobald die chirurgische Klinik in's neue «chirurgische Institut» übersiedelt. Zu bemerken ist hier noch, dass Dr. Smirnow die Klinik nur provisorisch leitet und immer noch nicht die Professur erhalten hat, da bei der Vertheidigung seiner Habilitirungsschrift ein Streit entbrannt ist und eine grosse Partei gegen Smirnow ist, doch sind das Verhältnisse persönlicher Natur, wie weit berechtigt, gehört nicht hierher. Ob Smirnow zum klinischen Lehrer geeignet oder nicht, das ist eine andere Frage, wissenschaftliche Verdienste hat er jedenfalls. Noch kürzlich erhielten wir eine Brochüre, in welcher Prof. Pipingsköld, der Anfangs sein Votum für Smirnow abgegeben, sein Votum zurückzieht und die Motivirung dazu in einer schriftlichen Kritik der Smirnow'schen Arbeit «Entwicklung der Methode Scarenzio» giebt, die Brochüre (in französischer Uebersetzung) ist von kundiger Feder mit Gewandtheit abgefasst, doch geht Verfasser so in Detailfragen über, dass die Hauptfrage bei Seite bleibt und man die Absicht merkt, schlechte Seiten herauszufinden zu wollen. Das Krankenmaterial, welches wir in Smirnow's Klinik fanden, war wenig ergiebig, frische Fälle fast garnicht, doch hat er eine poliklinische Ambulanz, die mehr frequentirt werden soll. Nur eins möchten wir bemerken, dass auch bei Smirnow nach den Calomelinjectionen Abscesse nicht sehr selten vorzukommen scheinen. Aber eine Thatsache, die uns Smirnow mittheilt, ist uns von grosser praktischer Bedeutung. Wir fanden keinen einzigen Fall von Ulcus molle und wurde uns mitgetheilt, dass dasselbe in Helsingfors fast garnicht vorkomme. Nur zu Beginn der Navigation zeigen sich eingeschleppte Ulcera mollia, die sich im Sommer etwas vermehren und im Herbst wieder schwinden. Einerseits erklärt sich dieses wohl durch die bekannte Reinlichkeit der Finnländerinnen, andererseits weist es auf Gründlichkeit der med. Controlle hin. Die Häufigkeit der Ulcera mollia ist ein directer Indicator für die Thätigkeit der med.-polizeilichen Comités und könnten wir in dieser Hinsicht in Petersburg, wo Ulcera mollia in den Special-Hospitalabtheilungen noch immer den ersten Platz einnehmen, noch viel von Finnland lernen. *Hautkrankheiten* scheinen in Finnland wenig verbreitet zu sein. Lepra soll selten sein, höchstens sieht man 1—2 Fälle im Jahr.

Die *chirurgische Klinik*, unter der tüchtigen Leitung des Prof. Saltzmann, fanden wir noch in seinen alten, wenig entsprechenden Räumen, denen gegenüber die Antiseptik, streng durchgeführt, ein gutes Bollwerk bietet und gute Resultate giebt. Prof. Saltzmann übt vorherrschend den *Verband mit Mooskissen*, für Finnland ein äusserst billiges Material. Dank der grossen Liebenswürdigkeit Prof. Saltzmann's lernten wir auch das im Bau begriffene neue «*chirurgische Institut*» kennen, wohin im August bereits die chirurg. Klinik übersiedelt. Der ursprünglich vom verstorbenen Prof. Estlander projectirte, von Prof. Saltzmann realisirte Bau verspricht eine Klinik zu werden, wie sie wohl wenige Universitäten besitzen. Mehr an der Peripherie der Stadt belegen, auf Granitfelsen gebaut, erhebt sich ein 2 stöckiger stolzer Bau, in welchem alle neuen Errungenschaften der Hygiene und Chirurgie auf's Beste ausgenutzt werden. Der Unterbau ist behauener Granit, das übrige Ziegelbau. Eine breite Treppe führt in ein künstlerisch geschmücktes Vestibul, von dem man in die Cabinete der Aerzte und der Krankenräume gelangt sowie in 2 vorzüglich eingerichtete Operationsräume, der eine nur für Ovariotomien, der Andere für die übrigen Operationen. Die Poliklinik findet in der unteren Etage ihre Räumlichkeiten mit apparten Eingängen. Wasserleitung und elektrische Beleuchtung sollen ausgiebig verwandt werden. Die Wirthschaftsräume befinden sich in einem Nebengebäude, welches mit dem Hauptgebäude durch einen Asphaltdamm verbunden. Ferner ist noch ein appartes Isolirhaus für infectiöse Fälle vorhanden. Der Belegraum ist auf 154 Betten festgesetzt, davon 64 Freibetten und 90 gegen Zahlung, wobei je nach den Klassen verschiedene Preise festgesetzt sind. Der *Personaletat* ist folgender: An der Spitze des Ganzen steht der Prof. der Chirurgie als Chef, dem ein jüngerer Arzt als Gehülfe beigegeben (Gehalt 4000 Mark nebst wunderhübscher Wohnung im Institut). Ferner erhält er 2 Assistenten (2400 Mark resp. 2000 Mark Gehalt nebst Wohnung), 2 Ammannensen (jüngere Assistenten mit 400 Mark Gehalt) und 1 poliklinischen Assistenten, welcher auch die Beschäftigungen der Assistenten und die Isolir-Abtheilung zu überwachen hat und dafür 3000 Mark nebst Wohnung erhält. Die Aufsicht hat ein Oeconom (2400 Mark), die Leitung der Krankenwärterinnen übernimmt eine Oberwärterin, die dafür 2000 Mark nebst Wohnung bekommt. Da Prof. Saltzmann seine besondere Aufmerksamkeit auf gute Pflegerinnen lenkt, barmherzige Schwestern aber in Finnland nicht existiren (ausgenommen einige Diakonissenhäuser), so wurde eine geeignete Oberwärterin auf Staatskosten ins Ausland gesandt, um sich für ihre Thätigkeit praktisch auszubilden. In dieser Hinsicht könnten unsere Civil-Hospital-Administrationen wiederum von Finnland lernen, denn dort giebt man 2000 Mark um eine Oberwärterin zur Ausbildung ins Ausland zu senden, bei uns, wo gerade das niedere Pflegepersonal eine der schwächsten Seite unserer Hospitäler und Kliniken bilden, will man beim Dienstpersonal möglichst oeconomisiren, leider nur zum Nachtheil der Patienten.

Wie schon erwähnt, soll das chirurgische Institut im August eingeweiht und dem Gebrauch überwiesen werden. Operationsmaterial ist reichlich vorhanden, da ja Helsingfors, als einzige Universität in Finnland, als Centrum für das ganze Land dient, ähnlich wie Tübingen für Würtemberg. Und zwar handelt es sich meist um schwere Fälle, denn die leichteren Fälle, z. B. die auch in Finnland häufigen Gesichts-Epitheliome, operiren die im Allgemeinen gründlich vorgebildeten finnländischen Aerzte meist bei sich auf dem Lande.

Wir schliessen mit einem Dank an die Herrn Collegen Prof. Saltzmann und Smirnow für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit der sie uns alles Sehenswerthe dargeboten und hoffen, dass diejenigen Collegen, welche von hier aus nach Helsingfors kommen, es nicht versäumen werden sich mit dem so interessanten neuen «chirurgischen Institut», auf welches die med. Facultät und die Verwaltung Finnlands stolz sein kann, bekannt zu machen.

O. Petersen.

Vermischtes.

— Der deutsche Kaiser hat dem Geheimen Medicinalrath und Professor Dr. E. F. Bergmann Stern und Kreuz des Königlichen Hausordens von Hohenzollern und dem Geheimen Medicinalrath und Professor Dr. Gerhardt den Rothen Adlerorden II. Classe mit Eichenlaub verliehen. Diese hohen Auszeichnungen durch Kaiser Wilhelm II. mögen den beiden hochachtbaren Aerzten eine Genugthuung bieten für ihre unverdiente Zurücksetzung bei der Behandlung Kaiser Friedrichs und für die Verunglimpfungen, welchen sie Seitens Sir Morell Mackenzie's und der von ihm inspirirten Pressorgane ausgesetzt gewesen sind. Der bereits veröffentlichte authentische Bericht [1]) über die Krankheit und ärztliche Behandlung Kaiser Friedrichs hat mit Evidenz klargestellt, dass diese beiden deutschen Aerzte die Krankheit frühzeitig richtig erkannt und rechtzeitig die richtigen Mittel angewandt, resp. in Vorschlag gebracht haben. Andererseits geht aber aus den in demselben angeführten Thatsachen auch klar hervor, dass Dr. Mackenzie das Vertrauen des Kranken, welches er durch unausführbare Versprechungen erschlichen, nicht verdient hatte und sich seiner Aufgabe als behandelnder Arzt nicht gewachsen gezeigt, zugleich sich aber auch als gewissenlos und uncollegial erwiesen hat.

— Der aus Jena berufene Prof. Dr. Küstner ist mittelst Ukases vom 15. Juni c. als ordentlicher Professor der Geburtshülfe, der Frauen- und Kinderkrankheiten an der Universität Dorpat, gerechnet vom 25. März d. J., bestätigt worden.

— An der Universität Charkow haben sich die DDr. M. F. Popow und E. F. Bellin als Privatdocenten der medicinischen Facultät habilitirt, und zwar ersterer für Hygiene, letzterer für gerichtliche Medicin.

[1]) Wir verweisen unsere Leser bezüglich dieses Berichts auf die grösseren Tagesblätter, da eine wörtliche Wiedergabe desselben bei dem Umfange unseres Blattes nicht thunlich erscheint.

— Der Charkowsche Professor Valerian Laschkewitsch, dessen am 16. Juni d. J. erfolgten Tod wir bereits gemeldet haben, war der Sohn eines Landgeistlichen und hatte seine medicinische Bildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Absolvirung des Curses i. J. 1863 wurde er auf 3 Jahre in dem bei der Academie bestehenden Institut zur Ausbildung von Professoren belassen. Nachdem er sodann noch zwei Jahre behufs weiterer Vervollkommung an ausländischen Universitäten studirt hatte, wurde er bei seiner Rückkehr nach Russland zum Professor und Director der therapeutischen Klinik der Universität Charkow ernannt, welchen Lehrstuhl er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Der Hingeschiedene gehörte zu den bedeutendsten internen Klinikern Russlands und war ein beliebter und geschätzter Universitätslehrer und Arzt. Letzteres bewiesen auch die zahlreichen Ovationen, welche ihm bei Gelegenheit seines 25jährigen Arztjubiläums (im Februar d. J.) zu Theil wurden. Seine wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte L. in den letzten Jahren vorzugsweise in der «Russkaja Medicina»; wir erinnern uns seiner Vorlesungen «Ueber locale Behandlung der Lungenschwindsucht», welche im J. 1887 und zweier Vorlesungen «Ueber Neuritis multiplex chronica luetischen Ursprungs», die in diesem Jahre in der genannten Zeitschrift erschienen. Als viel beschäftigter und gesuchter Arzt hat Prof. Laschkewitsch sich ein Vermögen erworben und in anerkennenswerther Weise einen grossen Theil desselben zu gemeinnützigen und wohlthätigen Zwecken testamentarisch vermacht. So hat er ein Capital von 20,000 Rbl. zur Einrichtung eines Laboratoriums für experimentelle Pathologie bei der Charkowschen therapeutischen Klinik bestimmt, ausserdem ansehnliche Summen zur Unterstützung von unbemittelten Studenten, für die Charkowsche Gewerbeschule, die Bauerngemeinde seines Geburtsortes und die Chark. Gesellschaft zur Verbreitung der Volksbildung ausgesetzt. Seine mehr als 3000 Bände enthaltende Bibliothek hat er der neuen medicinischen Facultät in Tomsk vermacht.

— *Verstorben*: 1) In Rostow a/Don der dortige Oculist, Dr. Ssuchodolski. 2) Der Arzt für Abkommandirungen bei der Militär-Medicinalverwaltung des Amurgebietes, Dr. A. Afonski, im 34. Lebensjahre am Schlage. Der Verstorbene ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen. 3) Am 18. Mai der Landschaftsarzt des Totmaschen Kreises J. Golubow an einer Lungenentzündung. 4 und 5) Die Stadtärzte von Meshiretschje (Gouv. Siedlce) Petuchow und von Brazlaw (Gouv. Podolien) Kostezki. 6) In Wladikawkas auf der Reise von Kutais nach Pjatigorsk die Arztin M. Latkina im 32. Lebensjahre an Phthisis. 7) Am 12. Juli n. St. in Bonn der bekannte Professor und Director der dortigen medicinischen Klinik, Geh. Medicinalrath Dr. H. Rühle.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 26. Juni d. J. 5488 (18 mehr als in der Vorwoche), darunter 340 Typhus- (1 mehr), 496 Syphilis- (22 mehr), 90 Masern- (2 mehr), 38 Scharlach- (3 weniger), 13 Diphtherie- (6 weniger) und 11 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

— Der Nestor der medicinischen Fachpresse Wiens, Dr. Leopold Wittelshöfer, Herausgeber und Redacteur der «Wiener med. Wochenschrift» welche seit 38 Jahren unter seiner Mitarbeit und Leitung erscheint, feierte vor einer Woche seinen 70. Geburtstag.

— Der Medicinalrath hat folgende Ergänzungen zu den bestehenden Regeln bezüglich der durch den Druck veröffentlichten Anzeigen von Arzneimitteln oder neuen Gebrauchsweisen von Arzeneien erlassen:

Sämmtliche Medicinal-Verwaltungen ist zur Richtschnur zu eröffnen: 1) dass bei der Durchsicht der für den Druck projectirten Bekanntmachungen über die von vaterländischen Gelehrten erfundenen oder auf vaterländischen Fabriken bereiteten Arznei- und kosmetischen Mittel in diesen Bekanntmachungen ausser der Angabe der Benennung und des Ortes des Verkaufes von Arzeneimitteln auch eine Beschreibung der Art ihrer Herstellung und andere nützliche Hinweise zugelassen werden können, dass es aber verboten ist, in diesen Bekanntmachungen anzugeben, bei welchen Krankheiten und in welchen Dosen die betreffende Arznei gebraucht werden kann, 2) dass in den aus dem Auslande bezogenen periodischen Zeitschriften die medicinischen Anzeigen nicht auszuschliessen sind und 3) dass es einigen russischen periodischen special-medicinischen und pharmaceutischen Zeitschriften gestattet ist, aus ausländischen Journalen und Zeitungen die obenerwähnten Bekanntmachungen abzudrucken und auch selbständig ähnliche Bekanntmachungen zu bringen, jedoch nur von solchen Arzneimitteln, deren Zusammensetzung und Herstellungsart allgemein bekannt ist.

— Der nächste (X.) *internationale medicinische Congress* findet im Jahre 1890 in Deutschland, und zwar in *Berlin* statt. Die Geschäftsführung desselben ist den Proff. Virchow, Waldeyer und v. Bergmann übertragen worden. Der erste intern. med. Congress tagte im J. 1867 in Paris während der Weltausstellung, die späteren successive in Florenz, Wien, Brüssel, Genf, Amsterdam, London, Kopenhagen und Washington. Es ist somit der nächstjährige Congress die erste internationale med. Versammlung in Deutschland.

— Der nächste Cyclus der *Berliner Feriencurse für praktische Aerzte* beginnt am 26. September und dauert bis Ende October 1888. Anmeldungen zu den Cursen sind an den Büreaubeamten Anders, Berlin, Dorotheenstrasse 38, I, zu adressiren.

— Für den in diesem Herbste in *Köln* stattfindenden Congress der deutschen Naturforscher und Aerzte hat die Stadt Köln einen Credit bis 12,000 Mark bewilligt. Davon soll ein Theil für einen von der Stadt zu veranstaltenden Festcommers auf dem Gürzenich und der Rest nöthigenfalls zur Deckung eines etwaigen Deficits bei Herausgabe des Festwerkes verwandt werden.

— Die «Wiener med. Presse» entnimmt der «Pall Mall Gazette» folgende interessante Ziffern *über die Abnahme der Zahl der Eheschliessungen in Europa*: In England betrug die Zahl der Eheschliessungen im Jahre 1885 17,5 auf 1000 Einwohner, im Jahre 1886 hingegen nur 14,1°/₀₀; in derselben Zeit ist die Zahl der Eheschliessungen in Belgien von 15,7 auf 13,4 und in Frankreich von 16 auf 14,8°/₀₀ gesunken. In den letzten 20 Jahren belief sich die Durchschnittsziffer der Eheschliessungen in Deutschland auf 17,4, in Oesterreich auf 17,1 und in Holland auf 16,2°/₀₀; diese Ziffern sind nun im Jahre 1886 auf 15,8, 15,5 und 13,9 gesunken. Mit der Abnahme der Eheschliessungen geht Hand in Hand die Zunahme der Prostitution und der Syphilis.

— Dr. Vasalli in Lugano (Schweiz) berichtet in der „Gazetta medica Italiana Lombarda" über einen seltenen Fall, in welchem die Frau des Sindaco von Castagnola im 5. Monat der Gravidität von 6 lebenden Kindern entbunden wurde, die aber sämmtlich bald nach der Geburt gestorben. Die 36jährige Frau ist seit 2 Jahren zum zweiten Mal verheirathet und hat ein Kind aus der ersten Ehe.

— Das «Britisch Medical Journal» bringt in seiner № 1420 v. 17. März d. J. interessante Daten zur Klärung der Frage, *ob die Nichttrinker oder die mässigen Trinker sich einer besseren Gesundheit und längeren Lebensdauer erfreuen*.

Die Gesellschaft «*The United Kingdom Temperance and General Provident Institution*» hat zwei Abtheilungen für Lebensversicherung. Die eine Abtheilung besteht nur aus Nichttrinkern (abstainers), die andere aus solchen, die zwar trinken, jedoch nicht Gewohnheitstrinker sind (non-abstainers, known drunkards being excluded). Für einen Zeitraum von 21 Jahren wurden in der Abtheilung der mässigen Trinker 5785 Sterbefälle erwartet; in Wirklichkeit kamen aber 164 Sterbefälle weniger vor. Für die Abtheilung der Nichttrinker betrug die erwartete Sterblichkeitsziffer für diesen Zeitraum 3655; sie blieb jedoch um 1076 *Sterbefälle hinter dieser Zahl* zurück. *Es wurde somit bezüglich der Mortalität* eine *Differenz von 26% zu Gunsten der Nichttrinker* constatirt. Ein ähnliches Resultat ergiebt in Bezug auf die *Morbidität der Trinker und Nichttrinker* der letztjährige Rechenschaftsbericht der Gesellschaft «*The Rechabite Directory*», welche ihre Mitglieder im Krankheitsfalle unterstützt, aber nur Nichttrinker aufnimmt, bei einem Vergleich mit anderen, den gleichen Zweck verfolgenden Gesellschaften, die aber auch mässige Trinker aufnehmen. Die nicht trinkenden Mitglieder der «Rechabite Directory» im Alter von 20—70 Jahren waren nur 98,1 Woche kank, während die gleiche Zahl der trinkenden Mitglieder der Gesellschaft «The Manchester Unity of Oddfellows» in obigem Alter 122,1 Woche, also volle 24 Wochen mehr, krank waren.

Nach günstiger für die nichttrinkenden *Rechabiten* fällt ein Vergleich derselben mit den trinkenden Mitgliedern einer andern Krankenunterstützungscasse («Ancient Order of Foresters») aus. Die ersteren nahmen Krankheitshalber nur 220 Wochen Geldunterstützungen in Anspruch, während die letzteren (bei gleicher Zahl und gleichem Alter) 274,5 Wochen solcher Unterstützungen wegen Krankheit bedurften, was eine Differenz von 54,5 Wochen zu Gunsten der Nichttrinker ausmacht. Bf.

Vacanzen.

— Es wird ein *Arzt für das Landschaftshospital in der Stadt Bjelew* (Gouvernement Tula) *gesucht*. Das Hospital hat 55 Betten und ist mit einer Ambulanz verbunden. Gehalt 850 Rbl. und 150 Rbl. Quartiergeld jährlich. Refl. haben sich unter Angabe der Zeit, wann sie ihren Cursus absolvirt und Beifügung etwaiger Dienstattestate zu melden bei der „Бѣлевская Земская Управа, Тульской Губ."

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	17.—23. Juni	2534	30,7	—	1190	14,5
Paris	2 260 945	17.—23. Juni	1077	24,8	102	833	19,2
Brüssel	181 270	10.—16. Juni	77	22,1	12	72	20,7
Stockholm	221 549	10.—16. Juni	138	32,3	4	82	19,2
Kopenhagen	300 000	20.—26. Juni	199	34,4	4	163	28,3
Berlin	1 414 980	17.—23. Juni	822	30,2	32	547	20,1
Wien	800 836	17.—23. Juni	516	33,0	24	418	27,1
Pest	442 787	10.—16. Juni	304	35,7	26	269	31,6
Warschau	444 814	17.—23. Juni	306	35,7	9	221	25,8
Odessa	268 000	17.—23. Juni	—	—	—	—	—
St. Petersburg	861 303	24.—30. Juni	485	29,3	19	547	33,0

Дозв. ценз. Спб. 8. Іюля 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типорафія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 29. St. Petersburg, 16. (28.) Juli **1888.**

Die Grenzen des Magens und des Darmcanals.

Von

Dr. P. Jaschtschenko.

Bevor ich an die Besprechung der Grenzen des Magens und des Darmcanals gehe, möchte ich einige Worte über die Percussion des letzteren sagen. Ich habe diesen Gegenstand schon 1884 (cf. St. Petersburger med. Wochenschr. 1884, № 41 und Allgem. medicin. Centralztg. 1884) besprochen und füge hier Einiges aus meinen späteren Beobachtungen hinzu. Beginnen wir mit dem Colon transversum. Des Morgens vor erfolgtem Stuhlgange findet man in seiner linken Hälfte einen mehr oder weniger gedämpften Percussionston, während in der rechten Hälfte der Ton zu dieser Zeit gewöhnlich hell tympanitisch ist und eine geringe Dämpfung nur in der Nähe der Mittellinie an der Grenze der linksseitigen Dämpfung sich erkennen lässt. Im Verlaufe des Tages constatirt man auch im Colon ascendens einen hell tympanitischen Schall, welcher nur Nachts mehr oder weniger gedämpft erscheint; im Colon descendens ist er während 24 Stunden hell tympanitisch. Man percutire den Kranken in liegender Stellung, um die Bauchmuskeln nicht anzuspannen und am besten mit dem Finger, weil bei starker Percussion eine etwa vorhandene Dämpfung unbemerkt bleiben kann. Im Dünndarme bildet sich die Dämpfung erst gegen Abend aus, während der übrigen Zeit findet man an verschiedenen Stellen desselben einen mehr oder weniger hellen tympanitischen Ton.

Die Dämpfung in der linken Hälfte des Colon transversum verschwindet stellenweise oder gänzlich Morgens nach der Stuhlentleerung oder etwas später, sein Inhalt bewegt sich sehr rasch, gewöhnlich im Verlaufe einiger Minuten längs des Colon descendens zur Flexura sigmoidea, wobei der Percussionston gewöhnlich nicht gedämpft wird, weil die Kothmassen nicht als Ballen, sondern in einzelnen, auf einander folgenden Stücken durchgehen und nur selten im unteren Abschnitte des Colon descendens aufgehalten werden, wobei dann der Percussionston gedämpft wird. Sofort oder sogar zuweilen etwas früher wächst der gedämpfte Schall an Stärke und Ausdehnung in der rechten Hälfte des Querdarms und wird allmälig so intensiv und ausgebreitet, wie in der linken Hälfte des Colon transversum, d. h. er nimmt die ganze rechte Hälfte desselben ein. Im Laufe des Tages rückt diese Dämpfung allmälig gegen die Mitte dieses Darmtheiles vor und erscheint erst gegen Morgen im linken Abschnitte des Querdarmes, ganz so wie am vergangenen Morgen; das Colon descendens giebt während dieser ganzen Zeit, Tag und Nacht, wie schon gesagt, einen tiefen, hellen tympanitischen Schall. Im Colon ascendens besteht die Dämpfung, wie schon erwähnt, nur während der Nacht, tritt gegen 11 Uhr Abends auf, wenn das betreffende Individuum am Tage um 1 Uhr zu Mittag gespeist hatte. In der Region des *Dünndarmes* kann man durch Percussion 9 einander gleiche Abschnitte unterscheiden, nämlich 3 oben, 3 in der Mitte und 3 unten, welche den einzelnen Dünndarmschlingen entsprechen, und deren Percussionston sich je nach ihrer Anfüllung ändert. Am stärksten gefüllt sind sie 4—5 Stunden nach der Mahlzeit und dann erscheinen sie auch am stärksten gedämpft. Dieser Zustand hält etwa 4—5 Stunden an, worauf die Dämpfung allmälig verschwindet, um im Colon ascendens aufzutreten.

Aus dem eben Angeführten lässt sich der Schluss ziehen, dass die in den Magen eingeführten Speisen nach 4 Stunden im Dünndarme auftreten, gegen 11 Uhr Abends in das Colon ascendens übergehen und hier bis zum Morgen verweilen. Jetzt rücken, nach erfolgter Stuhlentleerung und Uebergang des Darminhaltes aus der linken Hälfte des Colon descendens in die Flexura sigmoidea, die Massen in die rechte Hälfte des Colon transversum, und sind später, im Verlaufe von 24 Stunden und des folgenden Tages (am 3. Tage nach der Nahrungsaufnahme), in der linken Hälfte des Querdarms zu finden. Nachdem die am vorhergegangenen Morgen in die Flexur übergegangenen Massen entleert sind, rücken die in der linken Hälfte des Colon transversum enthaltenen in das S romanum, wo sie bis zum nächsten Morgen verweilen, um dann am 4. Tage nach der Nahrungsaufnahme entleert zu werden. Auf diese Weise bleiben die eingeführten Nahrungsmittel 64 Stunden im Verdauungscanal, das Morgens und Abends Genossene vereinigt sich mit dem Uebrigen und wird mit diesem gleichzeitig, ein Mal täglich, entleert.

Der vierundzwanzigstündige Aufenthalt des Nahrungs-

breies in der Flexura sigmoidea wird dadurch bewiesen, dass die nach erfolgtem Stuhle aus der linken Hälfte des Querdarms in die Flexur übergetretenen Massen erst nach Verlauf von 24 Stunden entleert werden. (Die Untersuchung des Mastdarms ergiebt vollständige Abwesenheit von Fäcalmassen in ihm, welche sich also in der Flexur befinden müssen). Verweilen sie mithin im S romanum 24 Stunden, so müssen die nachrückenden Massen doch irgendwo den also gleichfalls 24-stündigen Termin ihres Eintrittes in die Flexur abwarten. Wir sehen, dass fast unmittelbar nach dem Stuhlgange und dem Herabrücken der Fäcalmassen aus der linken Querdarmhälfte in die Flexur, die rechte Hälfte des Colon transversum von einer, der in der Flexur befindlichen gleich grossen Masse erfüllt wird und da das S romanum ganz angefüllt ist, so bleibt den oberhalb liegenden Massen nichts anders übrig, als 24 Stunden lang auf ihre Reihe zu warten, wobei sie allmälig aus der rechten Hälfte des Querdarmes in die linke weiter rücken.

Die in den Magen eingeführte Nahrung verweilt in ihm 3—4 Stunden und geht dann in den Dünndarm über, in welchem sie, wie die Percussion es zeigt, gegen 4—5 Stunden verbleiben; doch muss sie auch noch einige Zeit im Colon ascendens bleiben. Wenn nun im Verlaufe eines Tages (24 Stunden) im Querdarme ein und dasselbe Volumen seines Inhaltes percutorisch nachgewiesen werden kann, die Dünndärme aber nur bis 11 Uhr Abends gefüllt sind, so bleiben die Ingesta im Colon ascendens etwa 8—9 Stunden. Und es wird in der That ein gedämpfter Percussionsschall am aufsteigenden Dickdarm von 11 Uhr Abends bis 8—9 Uhr Morgens constatirt, also bis zu der Zeit, in welcher die Fäcalmassen aus dem Querdarm in die Flexur übertreten. Die Richtigkeit des soeben Gesagten wird durch den Umstand bestätigt, dass genossene Milch erst 4 Tage später die Excremente weisslich färbt.

Die Grenzen des Magens und des Darmcanals.

Die untere *Grenze des Magens* wird von den verschiedenen Autoren verschieden und durchaus nicht genau angegeben. Dr. Taube (Beitrag zur Percussion des Magens, I. D., Dorpat 1887) behauptet in Uebereinstimmung mit mehreren Anatomen, dass der leere Magen zusammengefallen sei und in Folge dessen weder den Bauch-, noch den Brustwandungen anliege, und dass er nur in gefülltem Zustande sich so, wie man ihn gewöhnlich beschreibt, darstelle. Ist der Magen leer, sagt Taube, so wird seine Stelle vom Darme eingenommen und steigt seine untere Grenze nach Maassgabe seiner Anfüllung mit Speisen oder Getränken nach unten; je voller er sei, desto tiefer stehe seine untere Grenze. Meine Untersuchungen haben ein ganz anderes Resultat ergeben (s. u.); vorher will ich Einiges über die *Grenzen des Darmcanals* sagen.

Der untere Rand des *Querdarmes* reicht bis zum Nabel, der obere aber nach oben bis auf 4 Ctm. Entfernung vom Brustbein, die beiden Ränder stehen von einander auf ungefähr 6 Ctm. ab; bei leerem Darm ist diese Entfernung ein wenig geringer und steht der untere Rand 1 Ctm. oberhalb des Nabels. In der rechten und linken Rippengegend geht der obere Darmrand unter den Rippenbogen, rechts wird er vom unteren Rande des Brustkorbes und dem unteren Rande der Leber, links nur vom unteren Rande des Brustkorbes bedeckt. In der linken Parasternallinie geht der obere Rand des Querdarmes auf 2, in der Mammillarlinie auf 4, zwischen Mammillar- und Axillarlinie auf 7 und in der Axillarlinie am vorderen Rande der Milz auf 6 Ctm. unter den unteren Rand des Thorax; diese letztere Grenze stellt zugleich die untere Magengrenze dar. Ist die linke Hälfte des Querdarmes und der obere Theil des Colon descendens mit Inhalt erfüllt, der Magen aber leer, so wird über der linken Hälfte des Querdarmes und dem oberen Theil des absteigenden Dickdarmes in der Gegend der unteren Thoraxwand ein mehr oder weniger deutlich gedämpfter, oberhalb dieser Stelle aber bis zum unteren Rande der linken Lunge ein tympanitischer Schall bemerkbar. Ist im Gegentheil der genannte Dickdarmabschnitt leer, der Magen aber gefüllt, so hört man am stehenden oder sitzenden Objecte (s. u.) über dem Magen einen gedämpften, über der linken Hälfte des Querdarmes und dem oberen Ende des Colon descendens aber einen tympanitischen Schall. Die Dämpfung über dem Magen ist nur im Sitzen oder Stehen vorhanden, in der Rückenlage geht sie in einen hellen tympanitischen Schall über, mit Ausnahme des an die Milz grenzenden Abschnittes. Diese Dämpfung hat die Form eines Dreiecks, welches den Seitentheil des Thorax einnimmt und von welchem ein Winkel dem oberen vorderen Milzrande anliegt. Nach Taube hat diese Dämpfung die Form eines Vierecks, er fügt fälschlicherweise die Dämpfung des vom Querdarme und dem Colon descendens gebildeten Winkels hinzu; da nun dieser Winkel nicht immer eine Dämpfung giebt, weil er zuweilen nicht angefüllt ist, so nimmt Taube das Vorhandensein von anomalen Formen des Magens bei einigen Subjecten an.

Wie bekannt, berührt der obere Magenrand den unteren Rand der linken Lunge, der untere aber den Querdarm. In der Medianlinie ist der untere Magenrand vom Brustbein 4, am unteren und inneren Rande des Brustkorbes 6—7 Ctm. entfernt; der untere Rand des Magens wird vom unteren Rande des Thorax verdeckt. Er liegt, wie schon gesagt, in der Parasternallinie $1^1/_2$—2 Ctm., in der Mammillarlinie 4, zwischen dieser und der Axillarlinie 6—7, in der Axillarlinie am vorderen Milzrande 5—6 Ctm. vom unteren Rande des Brustkorbes entfernt. Auf diese Weise verengert sich der Magen in der Nähe der Milz immer mehr und misst an ihr nur $1^1/_2$—2 Ctm. Diese Gestalt und dieser Umfang des Magens werden durch die Percussion bestimmt und bleiben dieselben, sei der Magen leer oder gefüllt; der Querdarm denkt nicht daran hinaufzurücken, um die Stelle des Magens einzunehmen, wie Taube es annimmt. Bei Anfüllung des Magens mit festen oder flüssigen Stoffen vergrössert sich die Dämpfung über ihm von unten nach oben und nicht umgekehrt, wie Taube meint, weil nach ihm der Magen sich nur allmälig durch die Nahrung erweitere. Der leere Magen fällt nicht desshalb nicht zusammen, weil er durch die in ihm enthaltene Luft ausgedehnt wird, sondern weil die Nachbarorgane ihn daran verhindern. Nach dem Tode steigen die in der Bauchhöhle enthaltenen Organe in Folge der Zwerchfellslähmung natürlich etwas in die Höhe (die Percussion des Magens kann ja auch an der Leiche vorgenommen werden).

Hinsichtlich des Colon descendens und ascendens ist zu bemerken, dass ersteres den Bauchwandungen an der Spina ilei anterior superior auf 4, letzteres auf 6 Ctm. anliegt; die Dünndärme lagern sich, wie bekannt, dazwischen hinein, was alles percutorisch bestimmt werden kann.

Ist der Darmcanal in Folge von Verstopfung überfüllt, so verbreitert sich die Querdarmdämpfung immer mehr gegen den Dünndarm hin, welcher schliesslich auch gedämpft schallt. Rückt der Darminhalt trotz der Obstipation etwas vorwärts, so wird die Dämpfung auch am Colon descendens bemerkbar. Vor und während eines Durchfalles rückt der Inhalt des Querdarmes vor dem Termine ins Colon descendens; ist die Diarrhöe durch Darmüberfüllung bedingt, so kann die Dämpfung eine Zeit lang über dem Querdarm bestehen. Es kommt zuweilen vor, dass trotz des rechtzeitigen Uebertrittes der Excremente in die Flexur ein Stuhl am folgenden Tage nicht erfolgt, die Massen werden im S romanum zurückgehalten, auch geschieht es mitunter, dass selbst nach erfolgter Ausleerung der Inhalt des linken Querdarmabschnittes im Laufe eines Tages und länger nicht in die Flexur eintritt. In diesem Falle wird während eines Tages und länger eine Dämpfung über dem ganzen Querdarm gefunden, weil auch dessen rechte Hälfte in gewöhnlicher Weise sich füllt; endlich kann die Dämpfung auch über dem Colon ascendens auftreten. Zuweilen verweilt der aus der linken Hälfte des Querdarmes ins Colon descendens übergetretene Inhalt in diesem längere Zeit — einige Stunden und mehr — namentlich wenn die Flexur schon früher angefüllt war, welche übrigens die doppelte Menge von Ex-

crementen in sich aufnehmen kann. In diesem Falle wird auch die doppelte Menge Koth, oft zwei, drei Mal entleert, dann sind die Stühle in Folge von Reizung der Flexur oder des Mastdarmes dünnflüssig. Es kann sich ja bekanntlich bei anhaltender Verstopfung ein häufig wässriger Durchfall einstellen, die festen Massen bleiben im Darm aber zurück, was percutorisch nachgewiesen werden kann. In einem solchen Falle muss nicht das hier wenig nützende Opium, sondern eine Abführung gegeben werden. Diese ruft jedoch nur Tenesmen hervor, falls beim Durchfall die Dämpfung nur in der unteren Hälfte des Colon descendens auftritt, der Querdarm aber tympanitisch schallt. Bleibt der Darm trotz mehrfacher Entleerung gefüllt, so bedeutet dieses eine ungenügende Entfernung der Excremente.

Auf den Unterleib applicirte Wärme beseitigt oft Durchfall und Verstopfung (die Compresse échauffante ist nur ein kalter Umschlag), dabei tritt vermehrtes Gurren im Unterleibe auf und der Darminhalt rückt vorwärts.

Rostow am Don, Mai 1888.

Referate.

Th. Mörner: Histochemische Beobachtungen über die hyaline Grundsubstanz des Trachealknorpels. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XII pag. 396).

Die in neuerer Zeit von Morochowetz, Krukenberg und Landwehr ausgeführten Untersuchungen über die Knorpelgrundsubstanz haben bewiesen, dass sie aus einem Gemenge zweier Substanzen bestehe, entgegen der älteren Ansicht, welche nur eine Grundsubstanz anerkennen wollte. Die genannten drei Forscher haben das Collogen als die eine der beiden Bestandtheile der Knorpelgrundsubstanz bestimmt, während in Bezug auf die Individualität der anderen noch Meinungsverschiedenheit herrscht. Verf. hatte es sich nun zur Aufgabe gemacht diesen zweiten Bestandtheil der Knorpelgrundsubstanz zu bestimmen und wählte zu seinen Untersuchungen den Trachealknorpel vom erwachsenen Rind, den er zunächst nur auf seinen histologischen Bau untersucht hat, sich die chemische Untersuchung vorbehaltend.

Es wurden mikroskopische Knorpelschnitte angefertigt und in wässerigen Lösungen verschiedener Farbstoffe gefärbt. Dabei zeigten die beiden Bestandtheile ein entgegengesetztes Verhalten gegen gewisse Färbemittel, indem der eine von ihnen Farbstoffe festhielt, welche der andere nicht zu binden vermochte. Wurden nun die gefärbten Schnitte unter dem Mikroskop bei einer Vergrösserung von Hartnack № 2 oder № 3 geprüft, so zeigte sich, wenn das Präparat ½—2 Stunden in einer 2—3% wässeriger Lösung von Tropäolin gelegen hatte, die Grundsubstanz als aus einem gelbgefärbten Balkennetze bestehend, in welchem mehrere, die Maschen desselben ausfüllende farblose Felder zu sehen waren. Lässt man den mit Tropäolin gefärbten Schnitt in einer wässerigen Lösung von Methylviolett (0,15%) ½—2 Minuten liegen, so nehmen die beschriebenen, zwischen dem Balkennetz liegenden Felder eine blaue Farbe an.

Schon mit blossem Auge bemerkt man am mit Tropäolin gefärbten Schnitt das Perichondrium als einen starkgelbgefärbten Saum. Innerhalb desselben eine schmale gelbe Zone, welche von der äussersten Schicht des Knorpelgewebes gebildet wird und oft vom Perichondrium einstrahlende Bindegewebsfibrillen enthält. Im centralen Theile des Schnittes sieht man einen oder mehrere gelbgefärbte Flecken, Querschnitte hohler, gefässähnlicher Bindegewebsstränge, die im Knorpelgewebe spärlich vorkommen und sämmtliche von der convexen (äusseren) Fläche des Trachealringes ausmünden. Unter dem Mikroskop erscheint das Balkennetz mit den eben beschriebenen Gebilden in continuirlicher Verbindung.

Die die Maschen des Balkennetzes ausfüllenden Felder stellen die Querschnitte kugeliger oder eiförmiger Gebilde dar, welche Verfasser «Chondrinballen» nennt. Sie stimmen mit den Knorpelkapseln überein, haben jedoch einen grösseren Umfang als letztere. Ein Chondrinballen erstreckt sich in peripherer Richtung ein wenig weiter, als die entsprechende Knorpelkapsel es angiebt; im centralen Theile schliesst er auch die Brücken und Bälkchen, welche die einzelnen Zellen der innerhalb einer Knorpelkapsel befindlichen Zellgruppe von einander trennen, in sich ein.

Wenn eine grössere oder kleinere Anzahl der Chondrinballen mit einander zusammenhängt, entstehen hieraus complicirtere, sehr unregelmässige Formen, in deren Conturen seichte Einschnürungen die Grenzen der einzelnen Chondrinballen andeuten. Der einzelne Chondrinballen hat einen Durchmesser bis zu 0,1 Mm. Jeder Chondrinballen beherbergt eine Gruppe von Knorpelzellen.

Zufolge seiner noch nicht abgeschlossenen chemischen Untersuchungen hält Verf. die Substanz des Balkennetzes für Collogen, die der Chondrinballen als aus zwei differenten Substanzen bestehend. Werden äusserst dünne Schnitte des Trachealknorpels mit 0,1—0,2% Salzsäure während etwa zwei Wochen bei 40° C. digerirt, mit Wasser gewaschen und in Kalilauge (0,1% Kalihydrat) gelegt, so werden sämmtliche Chondrinballen gelöst und die Knorpelschnitte, welche ihre äussere Form anscheinend bewahrt haben, bestehen nur aus dem Balkennetz. Wird dieses im Papin'schen Topfe zur Lösung gebracht, so giebt die Lösung alle Reactionen des Glutins, des Umwandlungsproductes des Collogens. Werden Knorpelschnitte abwechselnd auf kurze Zeit in Chromsäurelösung getaucht (1 Th. Chroms., 3 Wasser) und dann mit Wasser abgespült, so erhält man Präparate, die wieder nur das Balkennetz zeigen.

Zu bemerken ist noch, dass im Trachealknorpel sehr junger Rinder jene histochemische Structur nach den angegebenen Methoden nicht entdeckt werden konnte. Die besprochene Differenzirung entwickelt sich erst allmälig während des Wachsthums der Thiere, wie Verf. an einer Reihe von Präparaten nachweisen konnte, die von Knorpeln hergestellt waren, welche Thieren verschiedenen Alters entstammten.

Ueber die Ursache dieser Verschiedenheit verspricht Verf. in einer späteren Mittheilung Auskunft zu geben.

Untersuchungen des Thyroideal-, Cricoideal- und Arythnoidealknorpels erwachsener Rinder zeigten ein ähnliches Verhalten wie der Trachealknorpel, während der Knorpel der Nasenflügel vom Rind, der Gelenkknorpel vom Froschschenkel, von einer ähnlichen Structur nichts erkennen liessen.

Zum Schluss führen wir noch einige Färbungsmethoden an. Ausser der beschriebenen Tropäolinlösung kann zur Färbung des Balkennetzes noch eine conc. 4—5% Lösung von indigoschwefelsaurem Kali in Wasser benutzt werden, welche in einigen Minuten blaufärbt.

Zur Färbung der Chondrinballen mit Methylviolett muss das Präparat nach erfolgter Färbung mit Wasser abgespült und in Essigsäure (10%) gelegt werden bis das zuerst auch gefärbte Balkennetz vollständig entfärbt wird. Ferner eignet sich Anilinroth (0,15%) in Wasser gelöst dazu, die Chondrinballen roth zu färben. Die Behandlung des Präparates geschieht wie mit Methylviolett. Werden die Schnitte in eine schwache Eisenchloridlösung eingetaucht, dann nach sorgfältigem Auswaschen mit Wasser in eine sehr verdünnte Lösung von gelbem Blutlaugensalz eingetragen, so färben sich die Chondrinballen blau durch gebildetes Berlinerblau. Die Chondrinballen gehen nämlich mit dem Eisenchlorid eine in Wasser unlösliche Verbindung ein, während das Collogen des Balkennetzes sich indifferent gegen Eisenchlorid verhält.

Wünscht man Doppelfärbungen hervorzubringen, so kann man die Schnitte zuerst mit Tropäolin behandeln und nach dem Auswaschen mit Wasser für einige Sec. in Methylviolettlösung und dann einige Minuten in Essigsäure legen; darauf noch mit Alcohol entwässern und in Nelkenöl aufklären; das Balkennetz erscheint gelb, die Chondrinballen blau. Oder aber man behandelt die Schnitte erst mit Indigolösung und dann mit Anilinroth, dann erscheint das Balkennetz blau und die Chondrinballen roth. Sollen die Präparate aufbewahrt werden, so werden sie wie gewöhnlich nach Behandlung mit Alcohol und Nelkenöl in Canadabalsam eingelegt. T—n.

D. Chassiotis (Athen): Ueber die bei der anästhetischen Lepra im Rückenmark vorkommenden Bacillen. (Monatshefte für praktische Dermatologie. Band VI. № 23).

Verf. hat seine Untersuchungen an einem Fall von rein anästhetischer Lepra angestellt, welche von den meisten Gelehrten für eine Erkrankung des peripheren Nervensystems angesehen wird. Während Arning zuerst den Nachweis lieferte, dass auch bei den reinen Formen der nervösen Lepra Bacillen in den Nerven vorkommen, auch Cornil und Babes, wenn auch nur ein Mal, Bacillen fanden, leugnete Neisser das Vorkommen derselben in Gehirn und Rückenmark kategorisch. Verfasser hat dagegen Milliarden von Bacillen in der Stützsubstanz des Rückenmarks, der weissen Substanz der vorderen und hinteren Wurzeln und auch in der grauen Substanz, bis in die gelatinöse und poröse hinein constatiren können. Sie kommen immer in grösseren oder kleineren Gruppen von theils runden oder eiförmigen (lepröse Zellen Virchow's), theils unregelmässigen, injicirten Lymphgefässen ähnlichen Formen vor. Verfasser berührt darauf kurz die Frage von dem Zellenleib und dem Kern der sogenannten leprösen Zellen, deren Existenz er mit Unna nicht anerkennt. Von den pathologischen Veränderungen hebt er eine beginnende Entzündung um die Venae centrales hervor, in Form embryonaler Zellen, die zur weissen Substanz hinziehende Reihen bilden und in denen keine Bacillen zu entdecken sind. Verfasser kommt zu dem Schlusse: 1) dass die Lepra anästhetica nicht nur eine Erkrankung der peripheren Nervenapparate ist, sondern auch die Centralorgane (Rückenmark) befällt resp. befallen kann; 2) die sog. leprösen Zellen sind von einer Schleimhülle umgebene Bacillencolonien; 3) bei Afficirung des Rückenmarks durch die Bacillen wird eine Entzündung der Venae centrales bemerkt. E. K. (Qu).

Schuster (Aachen): Ueber die Behandlung der Syphilis des Nervensystems während der letzten 13 Jahre. (Monatshefte für praktische Dermatologie. Band VII. № 1).

Verfasser führt in dieser kleinen Arbeit die hauptsächlichsten im Laufe der letzten 13 Jahren erschienenen Monographien an, aus denen er ganz kurz ein Resumé über die Behandlung der Gehirnsyphilis giebt nebst einer jedesmaligen Bemerkung über die Stellung der betreffenden Autoren zum Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis. Da es unmöglich ist ein genaues Referat zu geben ohne die Grenzen eines solchen zu überschreiten, so beschränken wir uns

darauf auf diese Arbeit hinzuweisen, welche immerhin eine brauchbare Zusammenstellung der die Gehirnsyphilis betreffenden Fragen ist, zugleich Fingerzeige bietet, wo man sich speciellen Falles orientiren kann. E. K. (Qu.).

Prof. E. Salkowski: Ueber die antiseptische Wirkung des Chloroformwassers. (D. med. W. 1888. № 16).

Chloroformwasser (5,5 Ccm. auf 1 Liter) *verhindert alle durch die Lebensthätigkeit von Mikroorganismen bedingten Fermentationsvorgänge*, dagegen wird die Wirkung der nicht organisirten, löslichen Fermente, der Enzyme, nicht beeinflusst.

1) *Milch* bewahrt ihre neutrale Reaction, nach 3 Monaten gesteht sie zu Gallerte, welche durch starkes Schütteln sich zerstören lässt und dann weissen Bodensatz von Casein und Fett bildet, mit albuminhaltiger klarer Flüssigkeit darüber, ganz wie bei steril aufbewahrter Milch.

2) *Rohrzucker-* und *Traubenzucker*-Lösungen, mit Hefe und etwas Chloroform durchgeschüttelt, gähren nicht. Dagegen ist schon am nächsten Tage der Rohrzucker in Invertzucker übergegangen.

3) *Eiweissreiche Transsudate*, *Fleisch* etc. bleiben steril, Seidenfäden mit sporenfreien Milzbrandbacillen 24 Stunden in Chloroformwasser gelegt, werden steril; weitere Versuche zeigten, dass schon in ½ Stunde die Tödtung der Bacillen erreicht war.

Das gleiche Resultat wurde mit Milzbrand-Milz und -Blut erreicht und wurde durch Thierimpfung mit Controlimpfungen erhärtet.

Dagegen sind Milzbrand*sporen* durchaus resistent gegen Chloroformwasser.

Salkowski schlägt vor, das Chloroformwasser in folgenden Fällen anzuwenden: 1) zu Laboratoriumszwecken, Conservirung von Harn und anderen Flüssigkeiten; 2) zur Aufbewahrung nicht zu umfangreicher, anatomischer Präparate; 3) zu innerem Gebrauch, — von Thieren wird es in grossen Quantitäten gut vertragen.

In einem Nachtrage theilt S. mit, dass noch eine grosse Menge Chlorverbindungen der Aethylreihe starke antiseptische Wirkungen auszuüben im Stande ist. Max Schmidt.

A. Dochmann: Die neuen antiseptischen Behandlungsmethoden der Schwindsucht. (Meshdunarodnaja Klinika. № 5. (Russ.).

Verf. giebt eine interessante, theils referirende, theils kritische Uebersicht darüber, was bezüglich der Therapie der Schwindsucht (Lungentuberculose) geleistet worden, seit durch Koch's Entdeckung die Aetiologie der Tuberculose klargelegt worden. Gleich nach der Entdeckung begann man in reger Arbeit nach einem Mittel zu suchen, welches die Bacillen tödten sollte und es erschienen zahlreiche Vorschläge zu rationeller Therapie, oft zu *sehr alten* Mitteln zurückgreifend, meist leider mit negativem Erfolge. Verf. theilt sie je nach der Anwendungsart in verschiedene Kategorien.

1) *Inhalationen*. Schon 1654 schlug Bennet vor, Schwindsüchtige durch Einathmung verschiedener duftender Lösungen zu behandeln. Billard recommandirte 1774 *Räucherungen mit Theerstoffen*. Mudge hatte dazu bereits 1780 einen besonderen Apparat construirt. Tissot, Mead und Willis konnten gegen Ende des vorigen Jahrhunderts die Räucherungen mit *Balsamica* nicht genug loben. In neuester Zeit nun hat Hiller wieder *Terpenthininhalationen* versucht, jedoch ohne besonderen Erfolg. Williams (1881) und Wobly (1883) griffen zur *Carbolsäure*, doch wurde deren Wirkung als Parasiticidum bei Tuberkelbacillen von Martin (1881) selbst bei 6%iger Lösung angezweifelt und Renzi (1888) fand sogar, dass mit Tuberkelbacillen inficirte Meerschweinchen bei Carbolsäureinhalationen schneller verendeten.

Chlor zu Inhalationen bei Schwindsucht wurde bereits 1833 von Cottereau und Chevalier vorgeschlagen und Laennec will 1835 auf den Bleiweissfabriken sogar durch Chlordämpfe Heilungen bei den schwindsüchtigen Arbeitern gesehen haben. Nachdem noch in den 30er Jahren Manche das Chlor gelobt, wurde es doch wieder verlassen.

Brom versuchte Hiller vor einigen Jahren, doch blieb der Erfolg aus.

Jodinhalationen sind schon 1834 von Scudamore vorgeschlagen, neuerdings von Renzi und Dujardin-Beaumetz wieder aufgebracht, jedoch ohne Wirkung.

Jodoform, welches ebenfalls von Vielen als sicheres Mittel zur Tödtung der Tuberkelbacillen angesehen wird, musste ebenfalls herhalten, doch zeigten Vestea (1884) und Cotrini (1887), dass es bei Lungentuberculose nichts hilft. Ebenso ging es mit *Menthol* und *Naphtha*. Da glaubte Prof. emer. Kremjanski die Panacee im *Anilin* gefunden zu haben, wie es jedoch mit seiner Methode «zur Behandlung der Schwindsucht nach Art der Krätze» ging, ist wohl noch in frischer Erinnerung unserer Leser.

Gasinhalationen. 1799 stellte Beddoes die Ansicht auf, dass die Ursache der Schwindsucht in einem Uebermaass eingeathmeten Sauerstoffes liege und schlug daher vor, zu ihrer Heilung CO_2 oder Luft zu athmen, die weniger Sauerstoff enthalte, z. B. Stallluft. (Dieses war bereits 1767 von Read vorgeschlagen worden). Diese Methode ist vielfach angewandt worden und sehr populär geworden. (NB. Vielleicht aber im Gegentheil der Volksmedicin entnommen, bei welcher Defaecationsstoffe ja eine beliebte Rolle spielen. Ref.). Auch in Russland wurde diese Methode 1845 von Djadkowski sehr empfohlen. [Noch 1874—1875 hat Referent diese Methode im St. Petersburger evangelischen Hospital anwenden sehen, wo ein Krankenzimmer neben einem Kuhstall eingerichtet war, wobei ein Fenster direct in letzteren mündete]. Und noch 1880 hat die französische Academie eine Sitzung der Frage gewidmet, welchem Stalle der Vorzug gebühre. Sie entschieden sich für den «Kuhstall», wobei ihnen unbekannt geblieben schien, dass gerade Kühe besonders häufig an Tuberculose leiden. Schon 1823 glaubte Lorinser die Wirkung der Stallluft in dem vorhandenen freien *Stickstoff* suchen zu müssen und bis auf die Neuzeit (1879 Trentler) hat man ihn gegen Schwindsucht einzuathmen proponirt.

Der *Schwefelwasserstoff* (von Lorinser vorgeschlagen) ist neuerdings auch wieder (von Cantani) zu Inhalationen verwandt und soll er Besserungen bewirkt haben (?), jedoch leugnet Karika (1888) eine specifische Wirkung.

Schweflige Säure ist 1883 von Vallin versucht worden und fand er eine Reihe Anhänger, auch in Russland (Popow, Ananjin, Rombro). Namentlich will Dujardin-Beaumetz vorzügliche Resultate erzielt haben. [Andererseits wissen wir aber, dass diejenigen, die häufig schweflige Säure einathmen müssen, besonders leicht tuberculös werden. Ref.]

Die *salpetrige Säure*, bereits 1830 von Murray empfohlen, hat Rienzi neuerdings wieder angewandt, doch half sie ebensowenig, wie die *Fluorwasserstoffsäure* von der Charcot und Bouchard keine Wirkung sahen. Dagegen wird sie von Herard, Seiler und Garcin (1888) sehr gelobt und constatirten sie das Schwinden aller Tuberkelbacillen aus dem Sputum, nachdem man einige Zeit sich in einem Zimmer aufgehalten, in welches die Luft durch Fluorwasserstoffsäurelösung (150:330 Aqua) hineingeleitet. Garcin (La Sem. med. 1887. № 38) giebt an, dass von 100 Schwindsüchtigen 35 geheilt, 41 gebessert wurden, 14 unverändert blieben und nur 10 starben. Schon diese Zahlen mahnen zur Vorsicht bei Beurtheilung des therapeutischen Effectes und legen die Befürchtung nahe, dass dieses Mittel bald zu den anderen gerathen wird, von denen allen wir uns gestehen müssen, dass ihre Einathmung keine Heilung bringt. Der *Bacteriotherapie* wollen wir zum Schluss Erwähnung thun. Nach Cantani sollen eingeathmete Fäulnissbacterien (Culturen von B. termo) die Tuberkelbacillen zerstören. [Uns scheint, dass derartige Versuche nicht ohne Gefahr sind und wissen wir, dass auch in Russland mancher arme Patient damit gequält worden ist].

2) *Exhalationen*. Unter diesem Titel ist in neuester Zeit eine Behandlungsmethode von Bergeron vorgeschlagen, die darin besteht, dass man den Schwindsüchtigen per rectum chemisch reine CO_2, mit SH_2 gemischt, einführt. Das Gas soll vom Darm resorbirt, dann durch die Lungen ausgeschieden werden und dabei im Gewebe die Bacillen tödten. Leider haben aber bereits Morel und Chantemesse nachweisen können, dass letzteres nicht geschieht, obgleich eine allgemeine Besserung eintritt. Ausserdem ist auch diese Methode bereits schon früher angewandt worden und zwar von Pristley und Percival.

3) *Subcutane Behandlung*. Zu subcutanen Injectionen sind vorgeschlagen worden: a) *Carbolsäure* (Filleau und Petit 1886) zu 10—20 Ctgrm. einer ½—1%igen Lösung täglich, gleichzeitig mit innerlicher Darreichung desselben Mittels. b) *Eucalyptusöl* (Roussel 1886) zu 3—13 Grm. (?). c) *Schweflige Säure* (Dujardin-Beaumetz) bis zu 4 Ctgrm. einer 2% Mischung mit Vaselin. Noch radicaler sind die «Injectionen direct in's Lungengewebe». Gougenheim (1887) injicirte Sublimatlösung, 1‰, bekam jedoch nur Verschlimmerung des Zustandes.

4) *Innere Behandlung*. Seit jeher sind zahlreiche Mittel vorgeschlagen; angefangen vom Gurkensaft (Oribasius) bis zur *Blausäure* (Magendie) haben sie aber keine guten Resultate gegeben. Auch die neuerdings vom antiparasitischen Standpuncte verordneten Mittel, *Jodoform* und *Arsenik*, entsprechen nicht den Erwartungen. An der Tagesordnung ist gegenwärtig das *Kreosot*, welches bereits 1829 von den Franzosen gegen Schwindsucht gegeben wurde. Guttmann fand auch neuerdings, dass Kreosot (1:2000 Gelatine) die Tuberkelbacillen am Wachsthum verhinderte, leider widerspricht ihm aber schon Martin, dem es nicht gelang, selbst bei 1:1000 die Tuberkelbacillen am Wachsthum zu hindern. Die von Guttmann, Sommerbrodt und Hoppmann (1887) auf 0,75 pro die gesteigerte Dosis ist übrigens nicht neu, denn schon 1837 hat Eichelberg bis zu 16 Tropfen Kreosot pro die gegeben und gute Erfolge erhalten. In letzter Zeit ist vorgeschlagen, das Kreosot durch *Guajacol* zu ersetzen, da Sahli (1887) und Fränkel (1888) gezeigt, dass es eine gleiche Wirkung erzielt, dagegen nicht die unangenehmen Nebenwirkungen (Geruch und schlechter Geschmack) besitzt. Die Wirkung des Kreosotes wird aber in letzter Zeit bereits als viel weniger günstig wie anfangs hingestellt. Zum Schluss bespricht D. die *Quecksilbertherapie* der Schwindsucht. [Merkwürdiger Weise spricht sich D. für dieselbe aus, während Referent, auf Grund seiner Erfahrungen an syphilitischen Schwindsüchtigen, gerade nicht genug davor warnen kann. Hg., sei es in welcher Form immer dem Körper einverleibt, befördert stets die Ausbreitung der Tuberculose].

Das Facit aus der Dochmann'schen Arbeit ist ein recht wenig erfreuliches: Alle bisher versuchten Mittel wirken nur relativ, nicht absolut. Die Hauptsache bleibt doch immer die Prophylaxe und die Luftcuren (Bergsanatorien) in den Anfangsstadien. Uebrigens kann ja die Tuberculose auch oft von selbst stehen bleiben und Verkalkung

der Tuberkeln eintreten, wie Ref. das nicht so ganz selten bei Sectionen an anderen Leiden Verstorbener constatiren konnte. P.

Carl Mordhorst: Der Rheumatismus und seine Behandlung mittelst elektrischer Massage etc. in Verbindung mit einer Bade- und Trinkcur in Wiesbaden. (D. med. W. 1888. № 17 und 18).

Verf. entwickelt seine combinirte Methode der Rheumatismusbehandlung in Wiesbaden und demonstrirt eine von ihm construirte Massiv-Elektrode, die sich in vielen Fällen sehr bewährt hat. Eine Casuistik von etwa 60 Krankheitsfällen ist beigefügt mit Angabe des Endresultats und mit Nennung des resp. Hausarztes, welcher den Kranken nach Wiesbaden dirigirt hatte. Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Zwölfter Band. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg 1887.

Der eben erschienene Band enthält die Artikel Lentigo-Melilotus, unter denen ihres Inhalts und Umfangs wegen folgende besonders erwähnenswerth sind: Lepra (E. Schwimmer) 35 Seiten. Leptothrix buccalis (Klebs) 6 S. Lethargie (M. Rosenthal) 8 S. Leukämie (Riess) 9 S. Leukopathia (Behrend) 7 S. Lichen (Kaposi) 9 S. Ligament (K. Bardeleben) 5 S. Lipom (Birch-Hirschfeld) 5 S. Luft (Soyka) 6 S. Luftfisteln (Schüller) 5 S. Lungenabscess (Korányi) 4 S. Lungenatelektase (Korányi) 6 S. Lungenemphysem (Korányi) 21 S. Lungenentzündung (Korányi) 64 S. Lungengangrän (Korányi) 5 S. Lungenschwindsucht (Korányi) 85 S. Lupus (Auspitz und Schiff) 13 S. Luxation (A. Bardeleben) 14 S. Lymphangitis (E. Küter) 5 S. Lymphe (J. Munk) 6 S. Lymphgefässsystem (Rabl-Rückhardt) 5 S. Lymphom (Birch-Hirschfeld) 3 S. Madurafuss (Geber) 3 S. Magen (Klemensiewicz) 4 S. Magenerweichung (Marchand) 7 S. Magenkrankheiten (Oser) 56 S. Magenpumpe (Oser) 6 S. Magnesiapräparate (Bernatzik) 6 S. Makrocephalie (Scheuthauer) 7 S. Malariakrankheiten (Hermann Eichhorst) 25 S. Mangan (Bernatzik) 4 S. Manie (Mendel) 14 S. Marasmus (Samuel) 7 S. Masern (Fürbringer) 15 S. Massage (Schreiber) 15 S. Mastdarm (Englisch) 32 S. Mastdarmscheidenfistel (Bandl) 3 S. Medicinalpersonen (Wernich) 15 S. Medicinalpfuscherei (A. Baer) 25 S. Mehl (Loebisch) 4 S. Melaena (H. Eichhorst) 5 S. Melancholie (Mendel) 24 S. Melanom (Birch-Hirschfeld) 3 S. — Die Namen der Autoren obiger Aufsätze sowie der bezeichnete Umfang derselben bürgen dafür, dass die Gegenstände eingehend und zuverlässig dargestellt sind, geben daher die beste Empfehlung für das Buch ab. T.

P. Dettweiler und F. Penzoldt: Die Therapie der Phthisis. Gr. 8°. 49 S. Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann.

In einem Separatabdruck aus den «Verhandlungen des VI. Congresses für innere Medicin» liegen das Referat und das Correferat über die Frage der Therapie der Phthisis vor. In sehr geistvoller Weise wird die ganze diätetisch-hygienisch-psychische Behandlungsweise dargestellt, wie sie sich besonders durch Dettweiler's Wort und Schrift entwickelt hat. Weder auf besondere Klimate wird Gewicht gelegt, noch auf medicamentöse Maassnahmen. Dass eine gewisse Einseitigkeit dabei vorliegt, findet seine Erklärung eben darin, dass der Referent Dettweiler mit Leib und Seele in seiner Schöpfung Falkenstein steckt, und dass die allgemeine Strömung sich unstreitig der Anstaltsbehandlung zuwendet. Das braucht aber die Freude an der sehr lebendigen und fesselnden Darstellung nicht zu stören. Max Schmidt.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verbreitung und Aetiologie von Peter Hellat. Inaug.-Diss. — Dorpat 1887.

— Ueber die Lepra in den Ostseeprovinzen. I. Flugblatt. — Dorpat 1887. Druck von K. A. Hermann.

— Die Geburt eines Janiceps von Dr. v. Swiecicki, Posen. Sep.-Abd. aus Centralbl. f. Gynäkologie 1887. № 52.

— Die Sectio alta subpubica. Eine anatom.-chirurg. Studie von Dr. Carl Langenbuch. Nebst einer Vorbemerkung von Dr. W. Waldeyer. Mit 4 Holzschnitten in Buntdruck. — Berlin 1888. Verlag von August Hirschwald.

— Ueber den inneren Gebrauch des Ichthyols von Prof. Dr. von Nussbaum. Sonder-Abdr. der Therapeut. Monatshefte. Heft № 1. Jan. 1888.

— Formular mit Erläuterungen zu Diät-Vorschriften für acute und chronische Krankheiten entworfen von Dr. med. Woltering zu Münster in Westfalen. — Berlin u. Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 15 Pf.

— Основные факты химии для врачей и студентовъ равно какъ пособіе при изученіи химіи. Составилъ E. Harnack. Переводъ съ нѣмецкаго С. Ламанскаго. — С.-Петербургъ 1887. Изданіе Карла Риккера. Ц. 90 коп.

— Руководство къ общей хирургіи для врачей и учащихся Д-ра Франца Кёнига. Переводъ съ нѣмецкаго Д-ра Д. Г. Фридберга. (Второй отдѣлъ). — С.-Петербургъ 1888. Изданіе Карла Риккера. Ц. 2 р. 70 к.

— Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. Dargestellt v. Dr. W. F. Loebisch. Dritte gänzlich umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage. — Wien und Leipzig 1888. Urban & Schwarzenberg.

— Lehrbuch der pathologischen Mykologie. Von Dr. P. Baumgarten. Zweite Hälfte, erster Halbband. Mit 48 grösstentheils nach eigenen Präparaten des Verfassers ausgeführten Original-Abbildungen im Text, davon 24 in Farbendruck. — Braunschweig 1887. Harald Bruhn. Preis 12 Mk. (Dieser Theil ist nicht einzeln käuflich).

— Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Med.-chirurg. Handwörterbuch für Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg in Berlin. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Zweite Auflage. — Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg. Preis pro Heft 1 Mk. 50 Pf. 111—120. Lieferung. Bd. XII.

— Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik. Ein kurzer Leitfaden für Studirende und Aerzte von Dr. M. Schulz. — Berlin 1888. — Verlag von Th. Enslin (Richard Schoetz). Preis 3 Mk.

— Wie kann unsere Frauenwelt bei der nothwendigen Reform des Hebammenwesens helfend eingreifen? Von Dr. H. Martin. — Berlin 1888. Verlag von Th. Enslin (Richard Schoetz). Pr. 1 Mk.

— Заграничныя письма. Р. Буцъ. (Отд. отт. изъ Хирург. вѣстника 1886 и 1887).

— Operations for mastoid disease by Seth S. Bishop, Chicago. (Repr. from the Journal of the Amer. med. assoc. 1887. Novemb.).

— Treatment of chronic suppurative otitis media by Seth S. Bishop, Chicago. (Repr. from the Journal of the Amer. med. assoc. 1887. Decemb.).

— Die künstliche Ernährung des Säuglings mit keimfrei gemachter Kuhmilch nach dem Soxhlet-schen Verfahren. Von Dr. F. A. Schmidt — Bonn. Mit Holzschnitten. — Berlin und Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 1 Mk.

— Die Diabetes-Cur in Karlsbad. Ein Rathgeber für Zuckerkranke von Dr. J. Ruff. — Wien, Karlsbad und Leipzig. Verlag von Rudolph Stark's Buchhandlung. Pr. 1 Mk. 60 Pf.

— Gesammelte physiologische Arbeiten von Dr. E. v. Cyon. Mit 9 Tafeln, Holzschnitten im Text und dem Portrait des Verfassers. — Berlin 1888. Verlag von August Hirschwald.

— Die Stricturen und Fisteln der Harnröhre v. Sir Henry Thompson F. R. C. S. M. B., Lond. Uebersetzt und mit Rücksicht auf die deutsche Literatur bearbeitet von Dr. Leopold Casper, Berlin. — München 1888. Verlag der Münchener med. Wochenschrift. Jos. Ant. Finsterlin. Pr. 8. Mk.

— Bacteriologische Diagnostik, Hilfstabellen beim praktischen Arbeiten von James Eisenberg, Dr. med. et phil. 2. Auflage. — Leopold Voss in Hamburg. Pr. 5 Mk.

— Dermatologische Studien. 2. Heft. Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reducirender Heilmittel v. Dr. P. G. Unna. — Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 1. März.

1. Dr. Anders theilt als Ergänzung zum Protokoll der Sitzung vom 2. Febr. mit, dass der Pat. mit der Pleuritis unterdessen gestorben ist und die Section Tuberculose ergeben hat.

2. Dr. Neumann hält einen längeren, zum Druck bestimmten Vortrag «Ueber die Eiterungsprocesse hinter dem Ohr und über dem Processus mastoideus und deren Behandlung».

Discussion. Dr. Tiling stimmt mit Dr. N. völlig überein, dass der Wilde'sche Schnitt nicht zu diagnostischen Zwecken genüge, es kann ja die Corticalis des Proc. mastoid. gesund sein und doch in der Tiefe ein osteomyelitischer Herd vorhanden sein.

Dr. Dombrowski meint, der Wilde'sche Schnitt habe nur den Zweck die Spannung resp. Entzündung zu vermindern, zu diagnostischen Zwecken sei er nicht zu verwenden, wie das schon Gruber hervorgehoben.

Dr. Assmuth bemerkt, dass in früheren Zeiten, wo man noch weniger kühn im operativen Eingreifen war, man sich oft mit dem Wilde'schen Schnitt begnügte, er selbst habe ein Mal bei einem taubstummen Knaben mit demselben ein günstiges Resultat erzielt, während in einem anderen Falle der Erfolg ausblieb. Die Section zeigte ein Fortschreiten des Processes. In den letzten Jahren hat

sich A. nie mit dem Wilde'schen Schnitt begnügt, ihn aber stets als Voract zu weiteren Operationen benutzt.

3. Dr. Petersen berichtet kurz über einen «Fall von einseitiger linksseitiger Unterkiefer-Luxation». Es handelte sich um eine ca. 70-jährige Frau, die im Alexanderhospital wegen Marasmus senilis liegt. Die Luxation war in Folge starken Gähnens entstanden; die Reposition war nicht ganz leicht. Im ersten Augenblick machte das Gesicht in Folge des Herabhängens der einen Hälfte den Eindruck einer hemiplegischen Facialislähmung, die ja wohl bei einer so alten Person leicht hätte eintreten können.

Dr. Moritz hebt hervor, dass einseitige Unterkiefer-Luxationen im Ganzen zu den Seltenheiten gehören, unter ca. 15 Fällen von Unterkiefer-Luxationen hat er nur *1 Mal* eine einseitige beobachtet. Sehr hinderlich bei der Reposition ist starke Cariosität der Zähne.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Sitzung den 15. März.

1. Prof. Monastyrski stellt eine Patientin vor, bei welcher er vor $3\frac{1}{2}$ Wochen «ein retrobulbäres Adenom» von Hühnereigrösse exstirpirt hat, nachdem die Kranke mehrere Jahre daran arg gelitten hatte. Der Bulbus ist völlig erhalten, das Sehvermögen gut, nur besteht noch Ptosis des Oberlides.

2. Dr. Germann theilt die Krankengeschichte dieser Patientin mit. (Der Fall ist zur Veröffentlichung bestimmt).

3. Dr. Schröder berichtet, anknüpfend an diesen, Fall über eine Patientin, welcher Dr. Lange vor ca. 8 Jahren mehrere erbsen- bis bohnengrosse melanotische Sarcome der Orbitalhöhle erfolgreich exstirpirt und Pat. damals auch dem Verein vorgestellt hatte. Kürzlich hatte Dr. Schröder Gelegenheit diese Patientin wiederzusehen und fand sie völlig gesund, was von grossem Interesse für die Prognose nach Exstirpation der Orbitalsarcome ist. Auch in diesem Falle besteht Ptosis und zugleich fast völlige Unbeweglichkeit in Folge narbiger Verbindung zwischen Bulbus und Orbitalwand. Das Sehvermögen ist vollkommen erhalten.

Ferner theilt er einen von ihm vor 4 Jahren operirten Fall von Fibrosarcom von ca. Hühnereigrösse bei einem ca. 30-jährigen Manne mit. Der Tumor erwies sich als gut abgekapselt, wie im Monastyrski'schen Fall, und wurde, wie hier, bei vollkommen erhaltenem Sehvermögen eine fast normale Beweglichkeit erzielt. Nur die Abduction (der Tumor sass aussen unten) war nicht genügend.

4. Dr. Schmitz berichtet kurz über «einen Fall von Fremdkörper in der Luftröhre». Vor einigen Wochen wurde er von Dr. Obermüller in's Stallhofhospital consultirt. Es handelte sich um einen Patienten (wenig entwickelten Geistes) der, vor ca. 12 Jahren tracheotomirt, seither stets eine Canüle trug. Allmälig hatte er das innere Rohr bei Seite geschafft und das äussere verstopft. Als das Plättchen abfiel, trug er die Röhre an einem Bande, bis eines Tages nach den Freuden der Butterwoche die Canüle plötzlich verschwunden war; er konnte aber selbst keine Rechenschaft darüber geben, ob sie in die Luftröhre geglitten oder herausgefallen war. Dr. S. fand eine kleine Oeffnung an der Stelle, wo damals die Tracheotomia superior gemacht worden und versuchte durch dieselbe erfolglos die directe Extraction. In Folge dessen schritt er Tags darauf zur Tracheotomia inferior, spaltete noch 5 Trachealringe und fand nun leicht die abgebrochene Canüle. Die Heilung ging gut von Statten. Im Allgemeinen hatte Pat. die Canüle in der Luftröhre gut vertragen, nur waren von Zeit zu Zeit krampfartige Hustenanfälle aufgetreten.

Discussion. Dr. Masing erinnert daran, dass er vor ca. 15 Jahren einen ähnlichen Fall beschrieben, nur gelang die Extraction nicht und erst bei der Section fand man die Canüle im Bronchus.

Dr. Moritz hat 1870 im Kriege einen darin bemerkenswerthen Fall gesehen, dass eine Kugel durch Eiterung in den Larynx gelangte und in die Luftröhre hinunterglitt. Bei der Section ergab sich als Todesursache, dass die Kugel im Bronchus sass und denselben obturirte.

Dr. Anders hat ebenfalls einige Fälle von Fremdkörper in der Trachea bei Kindern beobachtet. In dem *einen* Falle handelte es sich um eine runde *Glasperle* von Erbsengrösse, die bedeutende Erstickungsanfälle bewirkte. Nach der Tracheotomie sah er beim Husten die Perle sich auf und ab bewegen, konnte sie jedoch nicht fangen. Er half sich in der Weise, dass er sie durch eine Hohlsonde in ihrer Bewegung nach aussen ablenkte, worauf sie hinausgeschleudert wurde. In einem anderen Falle machte er wegen *Sonnenblumensamen*, der in die Luftröhre aspirirt worden war, die Tracheotomie, jedoch ohne Erfolg; die Dyspnoe dauerte fort, Pat. starb an Pneumonie und da erst fand man das Samenkorn im Bronchus eingekeilt.

Dr. Neumann erwähnt einen Fall, welcher durch den langen Aufenthalt der abgebrochenen Canüle in der Trachea bemerkenswerth ist. Es handelte sich um einen Serben, welcher 1876 wegen Larynxschuss tracheotomirt war, und bei dem bald darauf die Canüle hineingeglitten war. Wiederholte Extractionsversuche blieben erfolglos, bis die Canüle 1886 hier durch Dr. Reyher doch entfernt wurde; sie hatte also fast 10 Jahre in der Trachea zugebracht.

5. Dr. Petersen berichtet über einen Fall von «Fremdkörper in den Verdauungswegen». Ein tuberculöser Patient hatte ca. 5 Tage vor seinem Tode, während er delirirte, 2 Münzen verschluckt. Bei der Section fand nun Dr. P. ein kupfernes 5-Kopekenstück im oberen Theil der Speiseröhre eingekeilt, während die 2. Münze (ein 2-Kopekenstück) sich im unteren Theile des Rectums befand und bereits stark bläulich schwarz gefärbt war.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Vor Kurzem ist hier wiederum ein Arzt beim Krankenempfange in einem der städtischen Hospitäler gröblichst insultirt worden. Der Sachverhalt ist folgender: Dr. H., welcher am 26. Juni in der beim hiesigen Marien-Magdalenen-Hospital eingerichteten Ambulanz als dejourirender Arzt den Krankenempfang hatte, war gerade mit der Untersuchung einer Patientin beschäftigt, als eine Frau S. in das Empfangscabinet drang und vom Arzte verlangte, dass er ihr sofort Hülfe leiste, da sie heftigen Zahnschmerz habe. Obschon Dr. H. sie darauf aufmerksam machte, dass sie etwas warten müsse, bis sie an die Reihe komme, verliess Frau S. das Untersuchungscabinet nicht und benahm sich derart ungebührlich und lärmend, dass der Arzt sich genöthigt sah, sie durch das Dienstpersonal aus dem Zimmer entfernen zu lassen. Am Abend desselben Tages erschien im Hospital der Mann der Frau S., ein hiesiger Zollbeamter, und verlangte den Zahnarzt, welcher seine Frau beleidigt habe, zu sprechen. Als nun Dr. H. ihm erklärte, dass ein specieller Zahnarzt bei dem Hospital nicht angestellt sei, dass er aber am Vormittage den Krankenempfang gehabt und bei dieser Gelegenheit der Incidenzfall mit der Frau S. stattgefunden habe, versetzte ihm Herr S. mehrere Schläge in's Gesicht. Bei der Protokollaufnahme durch die herbeigerufenen Polizeibeamten erklärte S., dass er sich nicht erinnnere, ob er den Arzt geschlagen, dass das aber möglich sei. Zur Rechtfertigung seiner Handlung führte er an, dass der Vorfall vom Vormittag seine Frau so sehr angegriffen habe, dass sie gefährlich erkrankt sei und noch eben zwei Aerzte zur Hülfeleistung bei ihr seien. Als nun der Polizeibeamte mit dem Polizeiarzt in die Wohnung der Kranken sich begaben, um sich von der Wahrheit der Aussage des Herrn S. zu überzeugen, fanden sie die angeblich Schwerkranke ganz munter am Tisch sitzend. Nachdem das kleine Zahngeschwür von selbst aufgebrochen, erklärte Frau S., fühle sie sich ganz wohl. Die Sache ist bereits dem Gericht übergeben. Wie verlautet, ist Herr S. infolge dieses Vorfalles von seinem Posten im Zollressort cassirt worden.

— Der wohl allen unseren Lesern durch die politischen Tagesblätter bekannte authentische Bericht über die Krankheit Kaiser *Friedrichs* liegt uns jetzt als Brochüre vor. Dieselbe ist in den grösseren Blättern fast vollinhaltlich wiedergegeben, so dass wir auf ihren Inhalt nicht weiter eingehen wollen. Erwähnen möchten wir jedoch, dass die in jenen Blättern nicht reproducirten Stellen, wie z. B.: Der Befund des Sanitätsraths Dr. Moritz Schmidt, die eingehende Beschreibung der Operation von Dr. Bramann, sowie dessen Bericht über das Benehmen Mackenzie's vor der Operation, der die rechtzeitige Berufung Prof. von Bergmann's absichtlich verhinderte und Dr. Bramann die Untersuchung des Kranken bis zum Augenblicke der Operation nicht gestattete, ihm dann aber alle Verantwortung zuschieben wollte, — für die medicinische Welt von nicht geringem Interesse sind und wesentlich mit beitragen zur Kennzeichnung der mangelhaften Kenntnisse und der Gewissenlosigkeit des Arztes, in dessen Hände der kranke Kaiser zu seinem Unheil gerathen.

— *Verstorben:* 1) In Kaluga der Oberarzt des dortigen Gouvernements-Hospitales und Arzt am örtlichen Gymnasium, wirkl. Staatsrath Julius Gerchen. Der Verstorbene stammte aus Livland und hatte seine Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1836—41 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1843 war G. anfangs einige Zeit Arzt in Meschtschowsk (Gouv. Kaluga). 2) Der Stadtarzt von Taganrog, P. Rabotin. 3 und 4) Die zur Reserve der Militär-Medicinalbeamten gehörenden Aerzte J. Jagodinski und Al. Prosorow. 5) Am 14. Juli n. St. in Greifswald der berühmte Professor der Anatomie und Physiologie, Dr. Ludwig Budge, nach langen Leiden im 77. Lebensjahre. Nachdem B. i. J. 1833 in Berlin zum Doctor med. promovirt worden, war er anfangs praktischer Arzt, habilitirte sich aber darauf i. J. 1842 als Privatdocent in Bonn, wo er 5 Jahre später den Lehrstuhl der Anatomie und Physiologie erhielt. 1856 wurde er nach Greifswald auf den Lehrstuhl der Anatomie berufen, welchen er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Der Hingeschiedene hat sich als Anatom wie auch als Physiolog durch werthvolle und zum Theil Bahn brechende Arbeiten hervorgethan. Für die höchst wichtige Entdeckung, dass der sympathische Nerv aus dem Rückenmark, nicht aber, wie man früher annahm, aus den peripherischen Ganglien entspringt, erhielt er von der französischen Academie der Wissenschaften den Monthyonpreis und ebenso von der Brüsseler Academie der Medicin einen grossen Preis. Aus seinen zahlreichen literarischen Arbeiten heben wir hier nur sein sehr verbreitetes Lehrbuch der Physiologie (8 Auflagen) und sein Compendium der Physiologie (3 Aufl.) hervor. 6) In London am 28. Juni n. St. Dr. J. M. Fothergill, bekannt durch sein Handbuch der Therapie und ein Werk über Herzkrankheiten, im 47. Lebensjahre an Diabetes mellitus. 7) In Neapel der dortige hervorragende Arzt, Dr. Salvatore Tomasi, im Alter von 70 Jahren.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 3. Juli d. J. 5441 (47 weniger als in der Vorwoche), darunter 324 Typhus- (16 weniger), 497 Syphilis- (1 mehr), 81 Masern- (9 weniger), 28 Scharlach- (10 weniger), 17 Diphtherie- (4 mehr) und 6 Pockenkranke (5 weniger als in der Vorwoche).

— Dem berühmten Laryngologen Prof. v. Schrötter in Wien, welcher bekanntlich zur Consultation bei Kaiser *Friedrich* in San Remo berufen wurde, ist vom jetzigen deutschen Kaiser der preussische Rothe Adlerorden II. Classe verliehen worden.

— Der erste Assistent Prof. v. Bergmann's, Dr. Fritz Bramann, bekannt durch die Tracheotomie, welche er in San Remo an Kaiser *Friedrich* ausführte, hat sich als Privatdocent für Chirurgie an der Berliner Universität habilitirt. Br. ist der Sohn eines Gutsbesitzers in Ostpreussen und hat von 1875—79 in Königsberg studirt, wo er auch die Doctorwürde erhielt.

— Für den durch Rücktritt des Prof. Leidesdorf erledigten Lehrstuhl der Psychiatrie in Wien ist Prof. v. Krafft-Ebing in Graz in Aussicht genommen.

— Der durch seine Arbeiten im deutschen Reichsgesundheitsamt bekannte Privatdocent Dr. Löffler in Berlin ist zum Professor der Hygiene in Greifswald ernannt worden.

— Prof. Fritsch in Breslau hat den an ihn ergangenen Ruf an die Universität Würzburg (als Nachfolger Scanzoni's) abgelehnt.

— Prof. extraord. Dr. K. Lehmann in Würzburg ist als Professor der Hygiene an die Universität Giessen berufen worden.

— Dr. van Ermengem ist zum Professor der Hygiene und Bacteriologie in Gent ernannt worden.

— Gelegentlich des 800-jährigen Jubiläums der Universität Bologna sind folgende deutsche Aerzte zu *Ehrendoctoren* dieser Universität ernannt worden: Virchow, Billroth, Helmholtz, Pettenkofer, Kölliker, Liebermeister, Rob. Koch, Hertwig, Ludwig (Wien) und Schiff. Der Delegirte der Dorpater Universität auf der Jubelfeier, Prof. Dietzel, hat ebenfalls das Ehrendoctor-Diplom erhalten.

— Sir Morell Mackenzie veröffentlicht in Londoner Blättern folgende Mittheilungen: „Mackenzie wurde von der Kaiserin-Mutter *Victoria* aufgefordert, für sie eine wahre Geschichte der Krankheit Kaiser *Friedrich's* auszuarbeiten zwecks Berichtigung zahlreicher Angaben, die in einem jüngst von einigen der deutschen Aerzte, welche zu verschiedenen Zeiten den Kaiser behandelten, veröffentlichten Schriftstück enthalten seien. *Ob aber die Kaiserin Victoria die Veröffentlichung des Berichtes gestatten wird*, ist zur Zeit unbekannt."

— Nach den Erhebungen des Medicinaldepartements beträgt die Zahl der freien Apotheken im russischen Reiche 2518, von denen im Laufe eines Jahres Arzneien auf 12,374,357 Recepte abgelassen wurden. (R. Med.).

— An der Universität Zürich studiren gegenwärtig 64 Damen, und zwar 21 Russinnen, 13 Schweizerinnen, 12 Deutsche, 9 Amerikanerinnen, 7 Oesterreicherinnen, je eine Engländerin und Serbin.

— Der 35 Tage lange *Aufenthalt des Kaisers Dom Pedro von Brasilien in Mailand* hat einen Kostenaufwand von 400,000 Lire verursacht. Davon bekamen Prof. Charcot für seine Reise von Paris nach Mailand 40,000 Lire, die Proff. Semmola und de Giovanni für jeden Tag der Krankheit des Kaisers, die 31. Tage dauerte, 1200 Lire. (Post. — A. m. C.-Ztg.).

— Die Stadtverwaltung von *Breslau* hat die sehr nachahmenswerthe Einrichtung getroffen, dass im dortigen Allerheiligen-Hospital das ganze Jahr hindurch zu jeder Tages- und Nachtzeit Eis gegen eine Bescheinigung des Arztes darüber, dass es für einen Kranken gebraucht wird, verabreicht wird und zwar für Arme unentgeltlich.

— Wie wir bereits gemeldet, findet die Eröffnung der medicinischen Facultät an unserer jüngsten *Universität Tomsk* mit dem Beginn des kommenden Semesters statt. Das Universitäts-Statut vom 23. August 1884 findet auch auf die neue Universität Anwendung, wobei jedoch in Anbetracht dessen, dass nur *eine* Facultät zunächst in's Leben tritt, mehrere Abänderungen nothwendig geworden, wodurch sich in Bezug auf die Organisation dieser Universität manche Eigenthümlichkeiten ergeben. Die Facultäts-Versammlung und das Universitäts-Conseil werden zu einer collegialen, den Namen «Conseil» führenden Institution vereinigt, in welcher der Rector, ev. das älteste Conseilsmitglied, den Vorsitz führt. Dieses «Conseil» erledigt sowohl alle Facultäts-Angelegenheiten, als auch alle Angelegenheiten, welche nach dem Universitäts-Statut von der Facultät und dem Directorium an das Universitäts-Conseil gelangen. Zur Beurtheilung der die Lehrthätigkeit tangirenden Fragen und zur Ausführung der Prüfungen werden in das Conseil Personen berufen, welche zeitweilig das Amt eines Docenten bekleiden. Die Obliegenheiten des Decans werden einem vom Rector aus der Zahl der etatmässigen Professoren auf eine 4jährige Amtsdauer zu designirenden Secretär der Facultät übertragen. Das Directorium der Universität besteht unter dem Vorsitze des Rectors aus 3, vom Curator des Lehrbezirks zu ernennenden ordentlichen Professoren und dem Inspector der Studirenden. Die Geschäftsführung in Angelegenheiten des Conseils und des Rectors besorgt der Secretär des Directoriums. Die medicinische Facultät der Universität Tomsk erhält, *mit Ausschluss des Lehrstuhles für Geschichte und Encyklopädie der Medicin*, alle im Art. 58 des allgem. Univers.-Statuts aufgeführten Lehrstühle, jedoch werden die Lehrstühle für specielle Pathologie und Therapie, für die therapeutische Hospitalklinik, für die therapeutische Facultätsklinik und für die ärztliche Diagnostik in 2 Lehrstühlen vereinigt sein. Ausserdem werden noch folgende Lehrstühle vertreten sein: 1) für orthodoxe Theologie; 2) für Physik nebst physikalischer Geographie und Meteorologie; 3) für organische und anorganische Chemie (welche zusammen mit der medicinischen Chemie vorgetragen wird); 4) für Mineralogie nebst Geologie und Paläontologie; 5) für Botanik und 6) für Zoologie mit vergleichender Anatomie. — Dem Minister der Volksaufklärung ist es anheimgestellt, Zöglingen der geistlichen Seminare den Eintritt in die Zahl der Studirenden zu gestatten, falls sie den vom Minister gestellten Anforderungen entsprechen. Die Zahlung der Collegiengelder ist auf 25 Rbl. semesterlich festgesetzt. — Zum Unterhalte der Universität Tomsk sind aus den Mitteln der Reichsrentei angewiesen worden: für das Jahr 1888 — 75,291 Rbl. 62 Kop., für das Jahr 1888 — 121,900 Rbl., für das Jahr 1890 — 149,600 Rbl. und für das Jahr 1891 — 198,900 Rbl. — Die gegenwärtig der Universität Kasan für 20 Stipendiaten aus Sibirien angewiesene Summe von 6000 Rbl. wird nach Maassgabe des Uebertritts dieser Stipendiaten zur Universität Tomsk zur Vermehrung der Stipendien dieser letzteren Universität verwandt werden.

— Im November 1887 wurde auf Ersuchen der Perm'schen Gouvernements-Landschaftsversammlung eine Allerhöchst bestätigte gesetzliche Bestimmung getroffen, um welche sich schon längere Zeit viele Landschaften (земства) bemüht hatten. In Folge eines Gutachtens des Ministers der Volksaufklärung hat das Ministercomité beschlossen: 1) Die Theilnahme der Landschaftsärzte an den Sitzungen der Kreisschulbehörden mit Stimmrecht in solchen Fragen zu gestatten, welche die sanitären Verhältnisse der Volksschulen betreffen; der betreffende Arzt soll durch den Vorsitzenden des Kreisschulraths aufgefordert werden, sein Nichterscheinen aber soll nicht als Hinderniss für das Zustandekommen der Versammlung angesehen werden. 2) Dem Minister der Volksaufklärung es anheimzustellen, ähnlichen Gesuchen der Landschaftsämter anderer Gouvernements zu willfahren. (Sammlungen der Bestimmungen der Cherson'schen Landschaft 1878. № 3). (Med. Obsr. 8).

— Bei dem hygienischen Laboratorium der medico-medicinischen Academie ist eine analytische Station unter der Leitung des Assistenten am Katheder für Hygiene Dr. P. L. Maljtschewski errichtet worden, deren Aufgabe in der Entdeckung von Fälschungen der auf den Markt gebrachten Nahrungsmittel und der Anstellung von Untersuchungen auf dem ganzen Gebiete der Hygiene besteht. (Med. Obsr. 7).

— Im Wintersemester 1887/88 betrug die *Gesammtzahl der Studirenden an den deutschen Universitäten* 28,600. Davon entfallen auf die philosophische Facultät 8349 Studirende, auf die *medicinische* Facultät 8284, auf die juristische Facultät 5520, auf die evangelisch-theologische 4678 und auf die katholisch-theologische Facultät 1174 Studirende.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 26. Juni bis 2. Juli 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
314	232	546	104	60	108	12	10	17	39	53	40	32	41	22	5	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 1, Masern 41, Scharlach 17, Diphtherie 12, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 2, Alcoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 83, Todtgeborene 30.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren		Todtgeboren	Gestorben	
			Summa	Auf 1000 Einw.		Summa	Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	24.—30. Juni	2289	27,7	—	1238	15,0
Paris . . .	2 260 945	24.—30. Juni	1193	27,4	86	841	19,2
Brüssel . .	181 270	17.—23. Juni	88	25,3	4	75	21,5
Stockholm .	221 549	17.—23. Juni	140	32,8	3	72	17,0
Kopenhagen	300 000	27. Juni—3. Juli	184	31,9	4	129	22,3
Berlin . . .	1 414 980	24.—30. Juni	845	31,0	26	647	23,7
Wien . . .	800 836	24.—30. Juni	514	33,3	22	365	23,7
Pest . . .	442 787	17.—23. Juni	320	37,5	15	276	30,1
Warschau .	444 814	24.—30. Juni	334	39,0	23	233	27,2
Odessa . .	268 000	24.—30. Juni	—	—	13	175	34,0
St. Petersburg	**861 303**	**1.—7. Juli**	**589**	**35,8**	**32**	**499**	**30,1**

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17. L. Haus 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская 43 кв. 20.
*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 13, Quart. 22.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5. лин. и Академ. переул. д. 1/6 кв. 21.
Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.
T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул. № 23.
Wilhelmine Hensel, В. О. 17 лин. д. № 12 кв. 13.
Августа Федоровна Кауфманъ, по Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22 кв. 9.
Луиза Карловна Мертке, Горохов. ул., д. 42 кв. 28.
И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22 кв. 28.
Amalie Ritter, В. О. 17 л. д. 12 кв. 37.
Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер, д 7 кв. 12.
E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
П. Эйрихъ, Невск. просп. д. 88 кв. 10.
Amalie Schulze, Alexander-Platz 8, 6. Qu. 53.
A. Schönfeldt, В. О. 12 лин. д. 17 кв. 2.
Frau E. Kroeger, Офицерская ул. д. 18 кв. 28.
Maria Brüllow, В. О. 6 лин. д. 29, кв. 9.
Ottilie Rupprecht, Гусевъ пер. № 17.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. **Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 30. St. Petersburg, 23. Juli (4. August) 1888.

Mittheilungen aus der chirurgischen Universitäts-Klinik zu Dorpat.

Von

Dr. med. W. Zoege-Manteuffel,
erster Assistent.

III. Ein Fall von Echinokokkus der Schilddrüse.

Am 19. Mai c. meldete sich zur Aufnahme in die Klinik der verabschiedete Soldat Wassili Jegorow, 36 a. n., aus Pleskau. Er giebt an schon vor Eintritt in's Militär, also vor dem 21. Lebensjahre in der vorderen Halsgegend eine kleine Anschwellung bemerkt zu haben, die sich hart anfühlte, jedoch keinerlei Beschwerde verursachte. Nach zweijähriger Dienstzeit wurde er eines Augenleidens wegen entlassen. Die Geschwulst nahm an Grösse ganz allmälig zu. Zugleich stellten sich, anfangs nur hier und da, später jedesmal bei stärkerer Bewegung oder Körperanstrengung Respirationsbeschwerden ein, die schliesslich den Patienten zur Bitte um Aufnahme in die chir. Klinik veranlassten. Bisherige Aufenthaltsorte: Dorf Rogowo im Pleskauschen Gouvernement und Dünaburg als Soldat.

Status: Kräftig gebauter Mann von etwas bleicher Gesichtsfarbe. An den inneren Organen nichts Abnormes. Nach etwas rascherer Bewegung oder bei längerem Sprechen stellt sich sofort erschwertes stenotisches Inspirium ein. Die Stimme klingt eigenthümlich quäkend.

Die vordere und zum Theil die rechte seitliche Halsregion wird von einem fast kindskopfgrossen Tumor eingenommen. Derselbe reicht nach unten bis an's Jugulum. Nach oben steigt er in der Mittellinie bis zur Incisura thyreoidea, rechts am Sternocleidomastoideus bis 2 Ctm. unterhalb des Unterkieferrandes, links nur bis etwa zur Höhe der Cartilago cricoidea hinauf. Die seitliche Begrenzung wird rechts durch den Cucullarisrand, links durch den lateralen Rand des Kopfnickers gebildet.

Die Maasse sind: von der Incisura thyreoid. bis zum Jugulum 13 Ctm., am Rande des Nutator dexter 14 Ctm., links in derselben Gegend 8 Ctm., horizontale Circumferenz 25 Ctm.

Die Oberfläche erscheint nicht ganz regelmässig, indem eine seichte Furche den linken Theil von der Hauptmasse trennt und auch diese keine ganz gleichförmig kugelige Wölbung zeigt.

Bei Schlingbewegungen steigt der Tumor auf und ab.

Die Haut ist nicht verändert, nur etwas gespannt und verdünnt, lässt sich jedoch überall falten.

Die Consistenz des Tumors ist eine ziemlich derbe, hier und da eine mehr elastische, jedoch nirgends deutlich fluctuirend. Höchstens lässt der links gelegene Theil mehr flüssigen Inhalt vermuthen.

An anderen physikalischen Phänomenen ist nichts Auffallendes wahrzunehmen.

Die Musculi sternocleidomastoidei sind beiderseits über der Geschwulst zu isoliren; der linke erscheint atrophisch. Die ganze Geschwulst sitzt auf der Trachea fest auf.

Diagnose: *Struma colloides, cystica.*

Die *Operation* wurde mir freundlichst von Prof. v. Wahl überlassen. Der Plan derselben war etwa folgender: Ich wollte erst von rechts her die grössere Hälfte des Tumors bis zur Trachea ausschälen, und dann nach Eröffnung der links vermutheten Cyste excidiren.

Der Rest der letzteren sollte mit den links vorhandenen Drüsenresten zurückgelassen werden.

Den 1. Juni Schnitt von der Incis. thyreoid. bis Incis. jugular., nach rechts Querschnitt bis zum hinteren Rande des Kopfnickers. Unterbindung und Excision der Vena mediana und Vena jugul. extern. Durchtrennung des M. sternocleidomastoid., sternohyoid. und sternothyreoideus auf der Hohlsonde. Das stumpfe Auslösen gelang nun leicht, ohne dass ich auf ein nennenswerthes Gefäss gestossen wäre, was natürlich sehr auffallen musste. Der Gefässspalt wurde nur an einer kleinen Stelle eröffnet.

Als ich die Geschwulst von der Trachea ablösen wollte, erwies sie sich als vollkommen fest mit derselben verbacken: ein stärkerer Zug brachte sofort Stenose und Asphyxie hervor. Ich entschloss mich also die Geschwulst mit der Scheere von der Trachea von oben her abzutragen. Auf den ersten Schnitt hin stürzte sofort zu meiner Ueberraschung eine wasserhelle Flüssigkeit und eine grössere Anzahl Hydatiden im Strahle hervor. Jetzt konnte ich die Opera-

tion rasch beschliessen. Ich spaltete die Capsel in der Mittellinie, entleerte den Echinokokkus mit noch 15—20 Hydatiden und excidirte von der Capsel soviel, dass ihre Ränder sich gut mit der Hautwunde vereinigen liessen.

Die hintere Wand der Capsel wurde von der Trachea gebildet, deren Ringe von der Cartil. cricoidea bis zum Jugulum deutlich zu sehen waren. Von rechts her erschienen die Trachealringe, namentlich in der Mitte, etwas flachgedrückt, besassen jedoch überall normale Consistenz. Zu beiden Seiten des Sackes, namentlich aber links, fanden sich die seitlichen Lappen der Schilddrüse anscheinend wohlerhalten.

Die mikroskopische Untersuchung der Cystenflüssigkeit ergab Scolices in grossen Mengen.

Jetzt vereinigte ich rasch die durchtrennten Mm., vernähte den Querschnitt und vereinigte den Sack mit der äusseren Haut, nachdem ich etliche Drains in die dazwischen liegende Tasche eingeführt. In der beträchtlichen Tiefe des durch die Capsel gebildeten Trichters lag die Trachea frei. Sublimatberieselung. Jodoformtamponade der Höhle, Sublimatgazeverband. Am 4. Juni Entfernung der Drains, typische Gerinnsel.

Am 8. Juni Entfernung der Nähte, prima intentio 24 St. post operat. stieg die Temperat. bei allgemeinem Wohlbefinden auf 38,5 und den nächsten Abend auf 38,8, um darauf vollkommen zur Norm zurückzukehren.

Die grosse granulirende Höhle schliesst sich rasch, so dass Pat. in nächster Zeit wird entlassen werden können.

Der vorstehende Fall beansprucht in mehrfacher Beziehung unser Interesse. Vor Allem sind meines Wissens bisher nur 7 Fälle von Echinokokkus der Glandula thyreoidea bekannt. Es sind das die von Gurlt in seiner Monographie «Ueber die Cystengeschwülste des Halses» (Berlin, Enslin 1855) gesammelten und schon häufig nachher citirten Fälle, sodass ich sie wohl füglich hier nicht zu wiederholen brauche.

Nur soviel sei erwähnt, dass 3 Fälle an Perforation in die Trachea und Erstickung starben (Fall 1, 2, 6).

Bei 2 Fällen ist der Ausgang nicht angegeben (Fall 3 spontaner Aufbruch, Fall 5 Incision).

Ein Echinokokkus wurde bei einer Section gefunden.

In einem Falle wurde die entzündete Cyste gespalten und entleert.

Die Diagnose ist immer erst nach Aushusten oder Punction, kurz nach Entleerung von Cysteninhalt gestellt worden. Es kann uns daher nicht Wunder nehmen, wenn auch wir uns in der Diagnose geirrt hatten, zumal Echinokokken in unseren Provinzen und den angrenzenden Gouvernements, aus denen wir unser klinisches Material beziehen, äusserst selten sind. Mir sind im Ganzen nur 3 Fälle bekannt: einer von Bergmann in der Dorp. medicin. Zeitschrift, Bd. I, Heft 1 und 2, 1870 und 2 von Hansen (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 3, pag 354) publicirt, — alles 3 Fälle von *Hautechinokokken* und zwar 2 in den seitlichen Partien des Halses.

Allerdings gehören auch Strumen zu den seltenen Erscheinungen in unserer Klinik; doch finden sie sich immerhin häufiger als Echinokokken, von denen der letzte hier vor 18 Jahren operirt worden ist.

Doch abgesehen von diesen mehr äusseren Gründen dürfte auch der locale Befund wenig Anhaltspuncte für eine Diagnose liefern. Die derbe Consistenz, die nur hier und da einer mehr elastischen Platz machte, musste uns in der Diagnose irre führen und erklärt sich nur durch die straffe Spannung der Halsfascie. Hydatidenzittern haben wir nicht wahrnehmen können.

Der Irrthum in der Diagnose ist aber schliesslich in therapeutischer Beziehung, wenn auch nicht ganz gleichgültig, so doch nicht sehr wesentlich. Denn wenn wir auch bei gestellter Diagnose sicherlich uns die Arbeit der Enucleation und dem Patienten eine längere Dauer der Narcose durch eine breite Incision erspart hätten, so haben wir und der Patient durch unser Verfahren doch nichts verloren und verspielt.

Es ist eben auch die Enucleation eines Echinokokkus eine sehr viel einfachere Operation als die einer Struma. Prognostisch natürlich ist es ein grosser Uebelstand, wenn wir die Diagnose nicht stellen können. Doch ist hier die Seltenheit der Echinokokken in Rücksicht zu ziehen.

Alles in Allem glaube ich, dass man in analogen Fällen wohl immer erst während der Operation die Diagnose stellen wird, es sei denn, dass Fluctuation und Hydatidenzittern sich deutlicher kenntlich machen, als in unserem Falle.

Dorpat den 20. Juni 1888.

Referate.

D. O. Ott: Eigenthümlichkeiten der Antisepsis und des klinischen Verlaufes von 30 Laparotomien (Wr. 1888. 13—17).

Verf. meint, dass bei der relativen Vollkommenheit, welche die Lehre von den Laparotomien in der Gegenwart erlangt hat, auf Grundlage von Ziffern allein oder sehr kurzer Casuistik verschiedener Autoren Kritik zu üben und Schlüsse zu ziehen, nicht möglich sei. Daher giebt er zuerst eine genaue Beschreibung seiner Methoden und schliesst daran eine recht ausführliche Casuistik seiner Fälle. Vorbereitung der Pat. zur Operation mittelst Clysmata und Rhamnus frangula mit und ohne Glaubersalz einige Tage lang. Zuweilen Magisterium Bismuthi in 0,3 Grm. Gaben, 3—4 Mal täglich, ein paar Tage lang, wovon Verf. aber keine besonders günstige Wirkung bemerkt haben will. 24 Stunden lang vor der Operation flüssige Nahrung. Am Morgen des Operationstages ein Clysma. Reinigungsbäder einige Tage vor und am Morgen des Operationstages. Antiseptische Spülungen der Scheide einige Tage lang und kurz vor der Operation, wonach eine leichte Tamponade der Scheide mit Jodoformmarly. Nach der Chloroformirung Rasiren der Schamhaare, Waschung mit Jeyes'scher Seife und Sublimatlösung (0,05%), darauf wird das ganze Abdomen, ebenso die Extremitäten, die vorher in Decken und Tücher gehüllt sind, der Operationstisch und der Instrumententisch mit Handtüchern, mit derselben Flüssigkeit getränkt, bedeckt. Die bei der Operation Betheiligten tragen Leinschlafröcke über solchen aus Gummi und werden die vordern Partien derselben auch mit Sublimatlösung befeuchtet. Ausserdem nehmen sie ein Bad. Die Aermel werden bis über die Ellbogen zurückgestreift, die Hände gründlich gereinigt mit Sublimat und Jeyes'scher Seife, das Kopfhaar befeuchtet oder ein Käppchen aufgesetzt, der Mund mit einem Salicylelixir gründlich gereinigt.

Alles, was mit der Kranken in Berührung kommen kann, soll nicht nur aseptisch sein, sondern noch antiseptisch wirken. Da viele Betheiligte nur der Antisepsis hinderlich sein können, begnügt sich Verf. ausser dem Chloroformirenden mit einem Assistenten. Daher muss auch Alles zur Operation Nothwendige handlich zurecht gelegt werden und ist sein Armamentarium möglichst klein an Zahl. Einige Péan'sche Pincetten, 2 Nelaton'sche Zangen, ein Messer, eine Scheere, 2 Pincetten und ein Nadelhalter, ist alles. Einen Troicar wendet er nicht an, da derselbe keinen besonderen Vortheil bietet. Die Instrumente werden in 2% Carbolsäure geweicht und liegen in derselben Lösung parat. Statt der Aneurysmanadel wird eine Nadel nach Déchant gebraucht, die am Nadelhalter armirt dieselben Vortheile und noch mehr als die Aneurysmanadel bietet. Zur Naht Seide, 2 St. in 0,1% Sublimatlösung gekocht und in einem besonderen Gefässe unter permanenten leichten Carboldämpfen aufbewahrt. Statt der Schwämme werden hygroskop. Wattebäusche, die einige Stunden in einer (1 : 2000) Sublimatlösung gelegen haben, angewandt. Zur Toilette der tieferen Partien und zum Zurückhalten der Därme wird Jodoformmarly, die vor dem Gebrauch in heisse Sublimatlösung (1 : 2000) getaucht worden, angewandt. Ausserdem wendet Verf. Carbolspray an während der ganzen Dauer der Operation. Verf. geht von dem Mikulicz'schen bekannten Experimente aus, dass der niederfallende Bogen des Spray die Mikroben der Luft mit sich reisse und so die Stellen, wo er hinfalle, am meisten Mikroben enthalte. Er meint nun, ob nicht der horizontale Theil des Spray, wo er noch nicht über die Höhe des Bogens herüber ist, in tangentialer Richtung über das Operationsfeld geleitet, von diesen die Mikroben abhalten würde. Deshalb stellte er unter allen Cautelen 48 Gläschen mit Nährgelatine und Agar-Agar unter diese Partie des Spray und ebensoviel sonst noch im Bereiche desselben auf und liess über dieselben 2 St. lang einen Spray aus sterilisirtem, destillirtem Wasser streichen. Nur ein Gläschen blieb positiv, ein anderes fraglich frei von Mikroben, alle andern zeigten Mikrobenculturen. Verf. erklärt den Umstand dadurch, dass im Spray schon gleich zu Anfang Tropfen hinunterfallen. (Aber auch ohne dieses Moment muss der Spray immer wieder Organismen mitreissen, die auf dem Operationsfelde, den Instrumenten, den Händen des Operateurs hängen bleiben werden. Ref.). Diese mechanische Wirkung des Spray giebt also nur negative Resultate und bestätigt die Mikulicz'sche Ansicht. Wie weit die physikalischen Eigenschaften desselben, die Feuchtigkeit etc. von Einfluss sind, darüber kann Verf. sich nicht aussprechen. Die chemischen Eigen-

schaften aber, die bactericiden, sind derartig, wie es auch aus seinen Experimenten sich ergiebt, dass Verf. auf den Spray während der Operation nicht verzichten kann.

Den Hautschnitt macht Verfasser in der Linea alba ohne Umgehung des Nabels, durch denselben, das Bauchfell wird erst eröffnet nach sorgfältigster Blutstillung, der Geschwulststiel wird versenkt. Aeusserst vorsichtige Manipulationen, daher auch keine Toilette, es sei denn Eiter oder dem Aehnliches in die Bauchhöhle geflossen. «*Desinficirt soll nur das werden, was inficirt erscheint*». Drainage wird principiell vermieden. Die Naht wird durch die ganze Dicke der Bauchwand gemacht mit dicht aneinander liegenden Nähten. (Warum nicht das Bauchfell besonders, und die übrigen Theile durch Etagennaht, da dadurch doch am besten «die genaueste Anlagerung der Schnittränder des Peritonäums zur Erlangung einer Verklebung des Bauchfells und überhaupt eines Verschlusses der Bauchhöhle» zu erreichen wäre? Ref.). Der Verband sehr einfach: Bepuderung mit Jodoform, Bedeckung mit Jodoformmarly, einer dicken Watteschicht bis auf die Seitentheile des Bauches, Fixation mit einer breiten Binde aus nichtappretirter Marly, zugleich mit einer Spica auf die Oberschenkel. Die Kranke wird warm gelagert. Einige Stunden lang gar kein Getränk, auch keine Eispillen. Die weitere Behandlung ist «exspectativ, unter Umständen symptomatisch». Vrf. hat in dieser Weise 30 Mal operirt und zwar: 1) Ovarialcysten — 18 Mal (10 unilaterale, 8 bilaterale); 2) Cysten des Lig. lat. — 2 Mal; 3) solide Eierstocksgeschwülste — 1 Mal; 4) Erkrankungen der Tuben — 2 Mal; 5) Uterusgeschwülste — 5 Mal; 6) Erkrankungen der Nieren und Milz je 1 Mal. Dabei hat er 4 Todesfälle, d. h. 13,3 % Mortalität gehabt. Bei dieser an und für sich nicht grossen Zahl ist aber noch die Schwere der Fälle zu berücksichtigen. In allen diesen Fällen wurde wegen Indicatio vitalis operirt, 3 Mal bei localem bösartigem Leiden: bei einem Cystocarcinom der Ovarien, bei einem Adenoma malignum (sarcomatodes) und bei einem Cystosarcoma haemorrhagicum uteri; in 4 Fällen wurde bei sehr heruntergekommenem Organismus (Herz- und Lungenerkrankungen) operirt. Das sind Resultate, die direct concurriren können mit Erfolgen Anderer und dafür sprechen, dass Verf.'s Verfahren allen Anforderungen entspricht, zumal «jeder Fall zu pädagogischen Zwecken exploitirt wurde, den Zuhörern *gar keine* unbequemen, beengenden Maassnahmen vorgeschrieben wurden und deren Zahl bei der Operation nie begrenzt wurde». N.

M. Buch (Willmanstrand, Finnland): Einige Fälle von ungewöhnlicher Syphilisinfection. (Finska läkaresällskapets handlingar. Heft 6. 1888).

Verfasser beschreibt eine kleine Syphilisepidemie, die durch eine Quacksalberin hervorgerufen war. Namentlich interessant waren drei Fälle von hartem Schanker am oberen Augenlide. Die Quacksalberin war Specialistin für Augenkrankheiten und hatte die Gewohnheit bei Untersuchung der Augenlider ihre Finger zu belecken oder auch das Auge auszusaugen. Nur in einem Falle gelang es, die Incubationszeit festzustellen, sie betrug 5 bis 6 Wochen. Die Diagnose war in allen Fällen durch unzweifelhafte secundäre Symptome gesichert. Autorreferat.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

H. Hager: Handbuch der pharmaceutischen und medicinisch-chemischen Praxis. Uebers. aus dem Deutschen unter Redaction und mit Zusätzen der Proff. v. Anrep und A. Poehl. St. Petersburg. Verlag von C. Ricker. 1 Lieferung.

Das Erscheinen einer russischen Uebersetzung des bekannten Handbuchs von Dr. Hager «die Pharmaceutische Praxis» füllt eine leider nur zu oft empfundene Lücke in der russischen-medicinischen Literatur aus.

Das Buch von Hager stellt dem Leser einen reichen Schatz von streng wissenschaftlichen und praktischen Kenntnissen zur Verfügung. Ausser einer erschöpfenden Beschreibung der einzelnen Arzneistoffe in pharmakognostischer und chemischer Beziehung, enthält es eine möglichst genaue Wiedergabe der besten Untersuchungsmethoden zur Bestimmung der Identität und Qualität der Arzneisubstanzen. Ausserdem sind auch im Buche die für den Arzt und Pharmaceuten nothwendigen physikalisch-chemischen und gerichtlich-medicinischen Untersuchungsmethoden genügend berücksichtigt. Endlich ist auch die Anwendungsweise der einzelnen Arzneimittel erwähnt.

Da das Hager'sche Werk aus dem Jahre 1882 stammt, so sind natürlich für die russische Uebersetzung, um den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung zu tragen, eine Reihe von Zusätzen nöthig gewesen, welche Aufgabe die Proff. Anrep und Poehl übernommen und soweit es sich nach der einstweilen erschienenen ersten Lieferung beurtheilen lässt vollkommen gewissenhaft erfüllt haben.

In die russische Uebersetzung sind beinahe alle in den letzten Jahren vorgeschlagenen Arzneistoffe und alle neueren Qualitätsbestimmungen derselben aufgenommen. Besonderes Gewicht ist von den Uebersetzern auf die Vervollständigung der physiologisch-chemischen und hygienischen Untersuchungsmethoden, sowie auch auf die Bestimmung der Güte der Nahrungsstoffe gelegt worden.

Obgleich die Uebersetzer bemüht waren, recht wenig vom Original abzuweichen, so mussten doch einige Abschnitte (z. B. Salicylsäure, die Abschnitte über Alkaloide, Harn u. s. w.) den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend, umgearbeitet werden. Ausser den Vorschriften der russischen Pharmakopoe haben in der russischen Uebersetzung auch diejenigen einiger ausländischen Aufnahme gefunden.

Den Titel des Originals «Handbuch der pharmaceutischen Praxis» fanden die Uebersetzer für zweckmässig folgendermaassen zu verändern: «Handbuch der pharmaceutischen und medicinisch-chemischen Praxis».

Erschienen ist einstweilen nur die erste Lieferung der Uebersetzung und ist das ganze Werk auf 25 Lieferungen à c. 10 Bogen berechnet, welche in kurzen Intervallen erscheinen sollen. Die Ausstattung des Werkes ist eine sehr gute, wie es von der bewährten Verlagsbuchhandlung nicht anders zu erwarten ist. Es werden sicher Viele mit Spannung dem Erscheinen der folgenden Lieferungen entgegensehen, und zugleich mit dem lebhaften Wunsche, dass die Herausgabe des ganzen Werkes sich nicht allzusehr in die Länge ziehen möchte, wie es leider häufig bei grösseren Werken der Fall ist. — ss. —

E. v. Cyon: Gesammelte physiologische Arbeiten. Mit 9 Tafeln, Holzschnitten im Texte und dem Portrait des Verfassers. Berlin. 1888. Verlag von A. Hirschwald. 344 S.

In diesem Werke veröffentlicht der Verfasser, unter dessen grösseren Arbeiten seine «Methodik der physikalischen Experimente und Vivisectionen» unzweifelhaft die hervorragendste Stelle einnimmt, seine sämmtlichen in einem Zeitraum von 9 Jahren (1865 bis 1874) ausgeführten und in verschiedenen academischen Berichten und Zeitschriften erschienenen rein physiologischen Untersuchungen. Unter diesen beanspruchen entschieden das grösste Interesse die aus der Schule von C. Ludwig hervorgegangenen Arbeiten und die Studien über die Funktion der halbzirkelförmigen Canäle. In eine detaillirte Besprechung der einzelnen Abhandlungen einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Unter den Fachgelehrten wird das Werk sicher recht viele Gönner finden, da es als Sammelwerk sich besonders für literarische Studien eignet. Die äussere Ausstattung und der Druck des Buches sind vortrefflich. — ss.

Bericht über die Sitzungen der russischen medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs.

I. Gesellschaft der russischen Aerzte.

Sitzung den 3. März 1888

1. Dr. N. Makschejew: «1 Fall von erfolgreicher Operation einer doppelseitigen interligamentösen Ovarialcyste». (Aus der Klinik des Prof. Lebedew). Es handelte sich um eine 41-jährige Bäuerin.

2. Dr. Milejew: «Ueber die physiologische Wirkung des flüssigen Extract. semin. Strophanthi». Ref. hat im Laboratorium Prof. Suschtschinski's an Thieren Versuche angestellt. Er ist der Ansicht, dass das Mittel direct auf die quergestreiften Muskeln des Herzens wirkt.

3. Dr. Slunin berichtet über die «Medicinalpflanzen und die Volksmedicin Ost-Asiens» (identisch mit dem im Verein der Marine-Aerzte gehaltenen Vortrag).

Sitzung den 17. März.

1. Dr. Jelissejew: «Ueber die Beziehungen zwischen der Anthropologie und Medicin». An die Mittheilung über die in St. Petersburg soeben gegründete anthropologische Gesellschaft anknüpfend, weist Ref. auf die nahen Beziehungen zur Medicin hin und hebt die Verschiedenheit der physiologischen Erscheinungen bei verschiedenen Raçen hervor. So z. B. ist die Körpertemperatur bei verschiedenen Raçen verschieden. Wie Ref. sich selbst davon überzeugt, ist sie bei den Wüstenbewohnern normaliter nie unter 37,8, während sie bei den Negern stets unter 37,5° ist. Auch die *Lungencapacität* variirt bedeutend. Während sie bei Engländern durchschnittlich 3600 Ccm., beträgt sie bei Negern 2700 Ccm. und bei den Australiern sogar nur 2300. Die *Muskelkraft* ist bei Europäern viel höher, als bei den wenig cultivirten Völkern. Am Kraftmesser Regnault's zieht ein Franzose durchschnittlich 61 Kilogrm., ein Chinese 46 und ein Papuas gar nur 42 Kilo. Dagegen ist der Geruchsinn z. B. bei den niederen Völkern bedeutend entwickelt, sie riechen positiv Spuren aus den Fussabdrücken im Boden. Aus diesen Beispielen ergiebt es sich, dass es für den Arzt äussert wichtig ist, die Anthropologie genauer kennen zu lernen.

2. Dr. Malarewski: «Ueber kränkliche und in der Entwickelung zurückgebliebene Kinder». Als Ursache dieser Erscheinung sieht Ref. die Degeneration einzelner Familien durch Syphilis, Trunksucht, Ueberanstrengung etc. an.

a) *Kränkliche Kinder*. Bei denselben unterscheidet er *hysterische* und *maniakalische*. Die *Hysterischen* sind geistig normal, nur finden Schwankungen der psychischen Thätigkeit statt, sie erregen sich leicht, aber nur für kurze Dauer, sie leiden an Willensschwäche, deshalb bleiben sie in ihrer geistigen Entwicklung zurück. Sie sind stets aber sehr selbstzufrieden und eingebildet, die Misserfolge im Lernen kränken und erbittern sie, sie werden rachsüchtig und verdorben.

Die *Maniakalischen* sind in ihrer geistigen Entwicklung zurückgeblieben, doch denken sie logisch. Dieser Typus führt am häufigsten zu Verbrechen.

Die *geistig zurückgebliebenen Kinder* theilt Ref. in *Idioten* oder Schwachsinnige (sie sind gutmüthig und mit grosser Ausdauer kann man ihnen doch einige Bildung beibringen) und *Kinder mit Defecterscheinungen*, d. h. es fehlt ihnen der Sinn für einige Fächer, z. B. Rechnen etc. — Alle diese Kinder dürfen nicht durch Strafen erzogen werden, sondern müssen mit grosser Milde und Ausdauer behandelt werden.

Sitzung den 31. März.

1. Dr. Rybalkin: «3 Fälle progressiver Muskelatrophie», rein myopathischen Ursprunges. 1) Juvenile progressive Atrophie Duchenne's. Ein 17-jähr. Maurer klagt über Schwäche der rechten Hand. Atrophisch sind vorherrschend die Muskeln des Gesichts und des Schultergürtels. Die Sensibilität intact, desgleichen die Reaction gegen Elektricität. 2) Juvenile Atrophie Erb's. Bei einem 24-jährigen, sonst gesunden Weibe, vorherrschende Atrophie des Schultergürtels. 3) 16-jähriger Maler, seit 5 Jahren krank. Vorherrschende Atrophie an den unteren Extremitäten. Bei allen 3 ist keinerlei Störung des Rückenmarkes nachweisbar.

Prof. Botkin meint dazu, es könne sich um Späterscheinungen nach verschiedenen infectiösen Formen handeln.

2. Dr. Slunin: «Ueber die Sanitätsverhältnisse bei der Arbeit der Maschinenheizer auf Dampfern» (identisch mit der Mittheilung im Verein der Marine-Aerzte).

II. St. Petersburger medicinische Gesellschaft.

Sitzung den 8. März.

1. Dr. K. Stoll: «Ueber die Aetiologie des Pruritus vaginalis». Während in der gesunden Vagina pflanzliche Parasiten schlecht fortkommen, vegetiren sie bei vorhandener Metritis und Vaginitis, sowie bei Graviditas sehr gut, namentlich Oidium albicans und Oidium lactis, die starkes Jucken verursachen. Da Mettenheimer und Hausmann nach Erscheinen dieser Pilze in der Vagina stets Temperatursteigerungen beobachtet, Winkel aber dieses nicht zugeben will, theilt zur Klärung der Frage Ref. einen von ihm beobachteten Fall mit, in welchem die Temp. bis 38,5° stieg. Ref. erzielte Heilung durch Jodoform-Bestreuung und Einreibung in die Vaginalwand. Unter dem Mikroskop fand er in der Vaginalwand entnommenen Belägen deutlichen Oidium albicans.

2. Dr. Tscherepnin: «Ueber die statistischen Karten der St. Petersburger Sanitäts-Commission». Es handelt sich um die Meldekarten, durch welche jeder Arzt jeden Fall von Infectionserkrankung anzeigen muss. Ref. sieht darin einen Verstoss gegen die Bewahrung des Amtsgeheimnisses, dass man alle Notizen, Familiennamen des Patienten etc. auf einer offenen Karte notiren muss. Es wird eine Commission erwählt, um neue Vorschläge auszuarbeiten.

Sitzung den 22. März.

1. Prof. Lasarewitsch: «1 Fall von complicirter Geburt in Folge von Einklemmung einer Ovarialcyste im Becken». Es gelang dem Ref. die Cyste aus dem Becken nach oben zu drängen und die Geburt verlief darauf leicht.

2. Prof. Poehl zeigt einige Experimente, bezüglich des Gerinnens sterilisirter und nicht sterilisirter Milch. Erstere gerinnt besser und leichter, desgleichen geht die Peptonisation besser von statten.

III. Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit.

Sitzung den 11. März.

1. Dr. G. Herzenstein: «Ueber die Hygiene bei der Zündholzfabrikation und den möglichen Einfluss des neuen Steuergesetzes auf dieselbe». Ref. giebt folgende interessante Data: Nach officiellen Berichten pro 1884 bestanden in Russland in 36 Gouvernements 240 Zündholzfabriken mit 8600 Arbeitern, die für 2½ Millionen producirten. Doch sind diese Ziffern zu niedrig gestellt, denn im ganzen Gouv. Wjatka werden z. B. nur 30 Fabriken angegeben, während nach anderen Quellen allein schon in 2 Kreisen 31 Fabriken bestanden. Jedenfalls steht nach Zahl der Fabriken Russland sehr hoch, denn Deutschland hat nur 212, Oesterreich 150, Schweden und Norwegen 103, Schweiz 24 etc., doch sind dort die Fabriken viel grösser, als bei uns. Nach dem neuen Gesetz müssen nun die kleinen Fabriken eingehen, bei grösseren wird man aber das Sanitätswesen bedeutend besser organisiren können, denn bisher steht es damit sehr traurig, Phosphornekrose kommt sehr oft vor. Zum Schluss plaidirt H. für ein neues Gesetz bezüglich der Sanitätsordnung auf Zündholzfabriken.

2. Dr. Golowazki: «Ueber die Verunreinigung des Bodens durch Senkgruben». Auf Grund von Untersuchungen an 10 Gruben (164 Analysen) kommt G. zum Schluss, dass sich die Verunreinigung in Sandboden auf 2—3,5 Meter, in Lehmboden auf 0,7—2,0 Meter erstreckt. Auch die Grösse der Grube und die Dauer des Bestehens haben einen Einfluss.

3. Dr. Schidlowski berichtet über die Commission, welche über Verhinderung der Raphanie-Epidemien Beschlüsse fassen sollte. Sie ist bisher zu keinem Resultate gekommen.

Sitzung den 18. März.

1. Dr. E. Pawlow: «Ueber Arensburg als Curort». Er spricht sich günstig aus und zieht ihn seiner Ordnung wegen manchem anderen russischen Curorte vor. [Nur ein Punct wäre zurechtzustellen, der unverständlich und vielleicht ein Druckfehler ist. P. sagt die Bevölkerung nährt sich sehr einfach, in vielen Familien der Edelleute nährt man sich das ganze Jahr fast nur von kleinen Fischen. Dieses dürfte doch nicht der Wirklichkeit entsprechen. Ref.].

2. Dr. S. Popow: «Ueber Shelesnowodsk» während der Saison 1885—87. Im letzten Jahre waren 1552 Curgäste, die 38,797 Bäder genommen; die Sanitätsverhältnisse bezeichnet P. als trostlos. Von 1885—87 hat P. daselbst 425 Pat. behandelt, von denen 60 an Chlorose, 86 an Anämie, 63 an Melancholie, 20 an chron. Pneumonie ohne Fieber, 24 an Spinalleiden, je 15 an Impotenz und an Fettsucht und 32 an weibl. Genitalleiden litten. Von diesen Pat. genasen 340.

Sitzung den 24. März.

1. Prof. Andrejewski berichtet über die «Normal-Kochanstalt der Gesellschaft», die am 25. März eröffnet werden sollte.

2. Prof. Dobroslawin berichtet über die Eröffnung der «analytischen Station» der Gesellschaft (im Gebäude der militär-med. Academie). Die Leitung hat sein Assistent Dr. Maltschewski übernommen. Auf der Station werden nach einer bestimmten Taxe Nahrungsmittel etc. geprüft.

3. Dr. Selenski berichtet über die Kindercolonien in Staraja Russa und Hapsal pro 1887.

IV. Psychiatrische Gesellschaft.

Sitzung den 12. März.

1. Dr. Rybalkin stellt «einen Fall von Atrophia muscularis juvenilis» (Duchenne's) vor (cf. Gesellsch. russ. Aerzte).

2. Dr. Malarewski: «Ueber die Erziehungsart» in seiner med. pädagogischen Anstalt (für zurückgebliebene Kinder).

3. Docent Danillo zeigte «einen Fall von Thomson'scher Krankheit» (congenitale Myotonie). D. meint, in diesen Fällen müsse die Ursache im Gehirn zu suchen sein.

4. Dr. B. Werigo: «Ueber die Wirkung des constanten und unterbrochenen galvanischen Stromes auf die Nerven.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 20. Januar 1888.

1. Dr. Thilo: Krankenvorstellung: I. 6-jähriges Mädchen mit doppelseitiger Luxatio femoris cong. Seit 9 Monaten vom Vortragenden mit sichtlichem Erfolge behandelt, Corsett, versehen mit 2 Stahlstäben, an deren Enden aus Messingrohr gebogene Achselstützen einerseits und Trochanterstützen andererseits angebracht sind.

II. 8-jähr. Pat., hat in frühester Kindheit eine Verbrennung von der Achselhöhle bis zum Kniegelenk linkerseits erlitten. Narbencontraction und Unthätigkeit hatten das Bein functionsunfähig gemacht. In Jahresfrist hat Vortr. durch Massage, passive Bewegung, Faradisation und einen eigens construirten Streckapparat das Bein soweit gebracht, dass mit der Schiene grössere Strecken zurückgelegt werden können.

2. Dr. Miram: «Ueber Uterusexstirpation». Vortr. constatirt die Nothwendigkeit für den prakt. Arzt, zu der Frage der Uterusexstirpation Stellung zu nehmen, damit das heilbare Leiden durch dessen Schuld nicht zum unheilbaren werde. Die Statistik habe immer bessere Resultate ergeben. West (1860) zählte auf 25 Operirte 22 Todesfälle. Die Freund'sche (p. laparotomiam) ergab 65—70% Mortalität, die jetzt allgemein geübte vaginale Exstirpation ergab nach Gusserow (1885) eine Mortalität von 23,5%, während Fritsch (87) 10,1% und Leopold (87) nur noch 6,2% Todesfälle zählen. Die Operation verspreche entschieden radicale Heilung, wenn Fritsch und Leopold 4 Fälle von 3-jähriger, 11 von 2-jähriger und 23 von 1-jähriger Recidivfreiheit notiren. Ein Vergleich der Erfolge der letztgenannten Operateure mit den von Schröder durch Partialoperationen bei Carcinom erzielten ergiebt günstigere Verhältnisse quoad valetudinem et vitam bei der Totalexstirpation. Hierzu kommt, dass, bei anscheinend begrenzter Erkrankung, doch auch andere Theile des Organes afficirt gefunden wurden, weshalb Vortr. in jedem Falle von Carcinom-Erkrankung des Uterus mit Leopold, Fritsch, Brenneke, Staude das ganze Organ entfernt wissen will und nur wenn dieses nicht mehr möglich, Ausschabung und Cauterisation für berechtigt hält. Nothwendige Voraussetzung für die Exstirpation sei nach allen Autoren: Freisein der Parametrien und Beweglichkeit des Uterus; nur kämen leider selten die Kranken in diesem Stadium zur Operation, trotzdem sie oft längere Zeit in ärztlicher Behandlung gestanden hätten. Zur Technik übergehend werde neuerdings gerathen zur Vermeidung etwaiger Complication der Reinigung der Ulceration direct die Operation folgen zu lassen. Gusserow, Schröder u. A. stülpen den Uterus um, nachdem er vorn und hinten freigemacht worden und versorgten die Lig. lata von oben nach unten, während Fritsch und Leopold, den Uterus in situ lassend, in umgekehrter Richtung ligirten, wobei die Blutung sicherer beherrscht und Infection des Peritonäums vermieden werden. Tuben und Ovarien werden, wenn leicht zugänglich, mitgenommen. Wundverlauf nach allen Autoren auffallend reactionslos. Therapie: Eis und Opium; am 7. Tage Stuhl, am 8.—10. erster Verbandwechsel mit Scheidenspülung und Entfernung gelöster Ligaturen, was dann alle 2—3 Tage wiederholt wird. Am 16.—18. Tage verlassen die Kranken das Bett.



Referat über 2 in der Diakonissenanstalt operirte Fälle:

I. Fall: 50-jährige kräftige Frau. Carcinöse Erkrankung der Corpus-Schleimhaut. Keine Drüseninduration. Schwierige Umstülpung bei einfacher Vernähung des Muttermundes ohne vorgängige Reinigung der Ulceration. Mangelhafte Desinfection der äusseren Genitalien, endlich das Haus durchsetzender Baustaub veranlassten wohl den tödtlichen Ausgang, der am Morgen des vierten Tages erfolgte. (Peritonitis).

II. Fall: Reinigung des Geschwüres an der Portio einige Tage vor der Operation. Diese wieder mit Umstülpung ausgeführt. Verlauf günstig, höchste Temperatur 38,5 bei gutem Pulse (Secretstauung hinter dem Tampon). Geheilt.

Dr. Berg referirt über eine Exstirpation, die er im Nov. 1887 ausgeführt. Elende Pat. mit Temperatur von 39—40° vor der Operation. Diese verlief glatt (beide Ovarien entfernt, nicht genäht). Ebenso günstig war der eigentliche Wundverlauf. Dagegen schon vom 4. Tage an Decubitus an verschiedenen Stellen und ging Pat. nach 1½ Monaten an Pyämie zu Grunde.

Eine vor 1½ Jahren von ihm operirte Pat. hat ein Recidiv in der Narbe.

Dr. Hach fügt dem von Vortr. Angeführten als weiteres Postulat für die Exstirpation Freisein der Lig. recto-uterina hinzu. — Leopold's Statistik sei so günstig, weil er bei leichter Portioerkrankung die Exstirpation ausführe.

Dr. Miram: Leopold stütze sich auf die Erfahrung, dass bei scheinbar isolirter Portioerkrankung doch auch der Fundus uteri afficirt gefunden werde.

Dr. Hach: Nur wenn das Curettement Freisein des Corpus ergab, begnügte sich Schröder mit der Amputation.

Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

Die zweite Verhandlung des Falles Dreypölcher.

Gemäss der in № 23 unserer Wochenschrift mitgetheilten Resolution des dirigirenden Senats bezüglich der Apellationsklage des Dr. E. Dreypölcher gegen das vom hiesigen Bezirksgericht über ihn verhängte Urtheil, gelangte der vielbesprochene Process am 14. Juli zu nochmaliger Verhandlung im hiesigen Bezirksgericht bei anderer Zusammensetzung des Richtercollegiums. Da der Senat in seiner Resolution das Verdict der Geschworenen in Kraft belassen, so fand die Verhandlung ohne Hinzuziehung von Geschworenen statt, und war das Gericht gezwungen die Bitte des Vertheidigers, des vereidigten Rechtsanwalts Pape, um nochmalige Befragung des wichtigen Entlastungszeugen Dr. Batalin (dessen Aussage bei der früheren Verhandlung mit zum Irrthum Veranlassung gegeben), sowie um Verlesung einer Copie der aus der Kanzlei des Stadthauptmanns entnommenen Akten, laut welchen die Aufnahme von Kranken im Erkundigungsbüreau seit 1878 streng verboten ist, abschlägig zu bescheiden. Das Gericht durfte bei dieser zweiten Verhandlung kein weiteres Ergänzungsmaterial acceptiren, dagegen sollte es nach Vorschrift des Senats besonders die vom Gesetze dem Dr. D., als Dejourarzt am Erkundigungsbüreau, vorgeschriebenen Pflichten in Betracht ziehen. — Das scheint nun auch geschehen zu sein, da der Prokuratorsgehülfe Wsewoloshski in seiner Anklage die Thatsache anerkannte, dass Dr. D. die Kranke nicht habe aufnehmen können; er fand aber trotzdem darin eine Schuld des Arztes, dass er nicht alle ihm zu Gebote stehenden Mittel ergriffen, sondern die Kranke bei 18° Frost in ungenügender Bekleidung ins Polizeibüreau geschickt habe. — Vergeblich zeigte der Vertheidiger in seiner ausgezeichneten Rede eingehend, dass dem Dejourarzt eben *keine* anderen Mittel zu Gebote standen, als die Patientin ins Polizeibüreau abzufertigen; vergeblich setzte Dr. D. nochmals ausführlich die Unmöglichkeit auseinander in diesem Falle anders zu handeln, als er gehandelt habe, — das Urtheil des Bezirksgerichts lautete *auf 4 Wochen Festungshaft*.

Wir können nicht umhin zu glauben, dass dies in Anbetracht des schweren Vergehens, dessen Dr. D. angeklagt worden, unverhältnissmässig milde Urtheil vom Gerichte wohl nur in der Ueberzeugung von der Schuldlosigkeit des Angeklagten gefällt werden konnte, da es durch das zu Recht bestehende Verdict der Geschworenen gebunden war. Die ganze Hinfälligkeit der Anklage tritt dieses Mal noch viel deutlicher zu Tage, als bei der früheren Verhandlung des Processes, nachdem durch eingehende Untersuchung die irrthümliche Auffassung des Erkundigungsbüreaus als eines zeitweiligen Hospitals beseitigt worden ist. Wir haben unsere Leser in № 3 der Wochenschrift mit der Einrichtung desselben bekannt gemacht und schon damals ausführlich dargethan, dass der Dejourarzt nichts Anderes thun konnte, als sich um Aufnahme der Kranken in irgend ein Hospital zu bemühen, bei gänzlichem Mangel an Plätzen aber dieselbe ins Polizeibüreau zu dirigiren, wo ein Bett für zeitweilige Aufnahme von Kranken und warme Kleider für den weiteren Transport vorhanden sind. Das hat Dr. D. gethan. Worin besteht seine Schuld? Die Anklage wirft ihm vor, dass er die Kranke bei 18° Frost bei ungenügender Bekleidung ins Polizeibüreau geschickt habe. Da müssen wir nochmals hervorheben, dass das nächste Polizeibüreau des Moskauer Stadttheiles, in welches die Kranke mit einem Begleiter, den ihr der Arzt aus Menschenfreundlichkeit gegeben, im Schlitten, den der Arzt aus eigener Tasche bezahlte, gebracht wurde, *nur einige Hundert Schritte vom Erkundigungsbüreau entfernt war*, der Arzt also mit Recht annehmen konnte, dass sie diese Fahrt ertragen werde. War die Kranke einmal ins Polizeibüreau gebracht, so hörte damit doch jeden Falls die Verantwortung des Dejourarztes des Erkundigungsbüreaus auf! Die Kranke musste dort mindestens warme Kleider bekommen, in denen sie jede weitere Fahrt ertragen hätte. Das sie sie nicht bekam, kann das dem Arzt als Schuld zugerechnet werden? — Es bleibt von der ganzen Anklage bei näherer Beleuchtung nichts weiter übrig, als einige allgemeine Redensarten «dass der Arzt nicht alle Mittel gebraucht, die ihm zu Gebote standen» u. s. w.; jeder einzelne Punct ist hinreichend widerlegt worden.

So kann auch diese neue Verhandlung uns nur in der Ueberzeugung bestärken, dass Dr. D. unschuldig seine Strafe erhalten. Wir sprechen unserem geschätzten Collegen hier unser aufrichtiges Beileid aus und hoffen, dass ihn die zahlreichen Beileidsadressen und Ehrenerklärungen, die er von ärztlichen Körperschaften aus allen Enden des weiten Reiches erhalten hat, ein Trost im Leiden sein werden.

Wie man uns mittheilt, soll Dr. D. Appellation gegen das Urtheil eingereicht haben. Wir können die Nachricht nicht verbürgen, hoffen aber, dass sie sich als begründet erweist, so sehr wir es auch verstehen könnten, wenn Dr. D. aus persönlichen Interessen davon Abstand nehmen würde. Für uns handelt es sich in dem vorliegenden Fall ausser dem Interesse, das wir für den unschuldig leidenden Collegen empfinden, auch um das Interesse des ganzen ärztlichen Standes, auf den durch die Verurtheilung des Dr. D. ein Makel fällt. Wird er doch durch diese Verurtheilung in den Augen des Publikums in der Beziehung gebrandmarkt, als man ihm die Verantwortung zuschiebt für die nur zu häufige Abweisung von Kranken an den Thüren der Hospitäler, — von Kranken, denen der Aufenthalt im Hospital entschieden nothwendig wäre und die ausserdem durch die Zahlung der Hospitalsteuer auf die Aufnahme ins Hospital ein unzweifelhaftes Recht haben. Kann in den Augen des Publikums die Verurtheilung in diesem Falle etwas Anderes bedeuten, als dass es trotz aller Einwände hier doch vom Arzte abgehangen habe die Kranke unterzubringen, sie zu retten, da das Gericht ihm die Schuld an ihrem Tode zuschreibt? Und welchen anderen Schluss wird das Publikum ziehen, als dass es auch sonst wohl allein von den Aerzten abhängt, ob ein Kranker ins Hospital aufgenommen wird oder nicht? Wenn dann nächstens einem Kranken wegen Raummangels im Hospital die Aufnahme verweigert werden muss, wird man sich des verurtheilten Arztes erinnern und die Hospitalärzte der Böswilligkeit oder Nachlässigkeit zeihen. Wie soll da besonders im weniger intelligenten, weniger urtheilsfähigen Theile des Publikums nicht Missachtung des ärztlichen Standes, Animosität gegen denselben entstehen? Wir haben ja leider die Beweise, dass jenes Urtheil so wirken kann und so wirkt, schon in Händen; haben doch schon viele Hospitalcollegen bei der Abweisung von Kranken wegen Raummangels laute Drohungen mit Berufung auf jenes Urtheil zu hören bekommen und sind doch seit jenem Urtheilsspruch bereits zwei Aerzte mit Wort und That auf das Schmählichste beschimpft worden. Und wenn in den letzteren zwei Fällen die Schuldigen auch von der verdienten Strafe getroffen worden sind oder gewiss noch getroffen werden; wenn wir auch weit entfernt sind das ganze Publikum für das freche Vorgehen einzelner Individuen verantwortlich zu machen, — Symptome der Missstimmung gegen die Aerzte, der Missachtung derselben und der falschen Beurtheilung ihrer Machtsphäre in einem grossen Theile des Publikums sind diese Vorgänge doch, die gewiss nicht die letzten ihrer Art bleiben werden und ohne Zweifel eine Folge jenes ungerechten Verdicts der Geschworenen sind. Aber nicht allein der ärztliche Stand ist in seiner Stellung durch dasselbe geschädigt worden; es hat den Kranken, dem Publikum auch schon manchen Schaden gebracht. Wie wir mehrfach berichten mussten, sahen sich nicht wenige durch das Urtheil eingeschüchterte Aerzte veranlasst, sich zur Wahrung ihrer persönlichen Sicherheit auf den Standpunct des Buchstabens des Gesetzes zurückzuziehen, — sie nahmen jeden Kranken auf, ohne Unterschied, bis das ganze Hospital gefüllt war und die Uebrigen, wenn auch vielleicht der Aufnahme viel bedürftiger, mochten zusehen, wo sie blieben, oder es wurden die Corridore, Wartezimmer etc. im Hospital gefüllt mit Kranken, wobei dann natürlich jede Ordnung und gewissenhafte Pflege aufhörte. Das hat sich jetzt, nachdem die Gemüther sich beruhigt, wohl wieder gebessert, die Klagen darüber haben aufgehört, aber ob nicht so mancher Arzt auch jetzt noch im Interesse der eigenen Sicherheit erst auf den Buchstaben des Gesetzes und dann auf das Interesse der Kranken und des Hospitals sieht, bleibt wohl der Oeffentlichkeit verborgen.

So hoffen wir denn, dass die Sache nochmals zur Verhandlung kommen und dann mit der Freisprechung unseres Collegen endigen wird; wir hoffen, dass dadurch der Schaden der dem ärztlichen Stande durch den ihm angehefteten Makel bereitet worden, der Schaden, der dem Publikum, den Kranken durch Bedrückung der Freiheit der Aerzte in ihren Handlungen entstanden, beseitigt werde, und das dadurch endlich das Vertrauen zwischen Arzt und Publikum, die Grundbedingung des segensreichen Wirkens der Aerzte, wieder hergestellt werde.

Schr.

Vermischtes.

— Folgender Fall wird uns aus authentischer Quelle mitgetheilt und wollen wir uns auf Wiedergabe der Thatsachen beschränken, die leider genug sagen:

Am «*Irrenhause aller Leidtragenden*» dienen als Abtheilungs-

Ärzte Dr. Straemer (seit 16 Jahren) und Dr. Maak (seit c. 7 Jahren) und erfreuen sich grosser Beliebtheit. Seit c. 5 Jahren fungirt als Director Dr. Tscheremschansky. Da alle 3 Herren nicht den Doctorgrad besitzen, sondern nur Aerzte sind, sind sie Alle nur als «stellvertretend» bestätigt. Vor c. 4 Jahren wurden sie aufgefordert einen Revers zu unterzeichnen, in welchem sie versprachen, sich innerhalb 3 Jahren zu bemühen, das Doctordiplom zu erwerben. Man betrachtete es als Formalität und unterschrieb. — Am 17. Juni a. c. nun berief Dr. Tscheremschansky den Dr. Maak zu sich und theilte ihm mit, da er sein Doctorexamen bis jetzt nicht absolvirt, solle er um seinen Abschied einreichen, denn sein bisheriger Assistenzarzt, Dr. Beljakow sei nun Dr. med. geworden, habe also Anrecht als Abtheilungsarzt bestätigt zu werden. Dr. Maak fügte sich dem und reichte seinen Abschied ein (obgleich er eine zahlreiche Familie hat). Tags darauf reichte aber nun auch Dr. Straemer (empört über das gegen Dr. M. gerichtete Verfahren) seinen Abschied ein. Man wollte Anfangs das Gesuch Dr. S.'s garnicht annehmen und bat ihn dringend doch zu bleiben, er blieb jedoch standhaft, denn er sei, wie er meint, ja auch nicht Dr. med. und wolle nicht warten, bis man ihn auch auffordere wegzugehen.

Die am Irrenhause Angestellten, sowie die in der Umgebung des Hospitales Wohnenden waren durch die Aussicht die beiden tüchtigen Aerzte zu verlieren auf's Aeusserste erregt und sollen an den Chef des Pupillenrathes zwei Bittschriften mit zahlreichen Unterschriften eingereicht sein, mit der Bitte man möge die Herren ersuchen auch ferner in ihren Stellungen zu verbleiben. Ob Dr. Tscheremschansky, welcher wie oben erwähnt ebenfalls sein Doctordiplom noch nicht besitzt, auch die Absicht hat seine Stellung desshalb niederzulegen, darüber ist noch nichts bekannt. Es wäre wohl die höchste Zeit, dass bei Stellenbesetzung der Unterschied, ob Arzt, ob Dr. med., endlich gegenüber der Frage ob tüchtig, ob nicht geeignet, zurücktrete.

— Am 29. Juni bereiteten die am Irrenhause Angestellten dem Dr. Straemer, welcher an diesem Tage seinen Geburtstag feierte, eine begeisterte Ovation. Eine grosse Anzahl der Angestellten erschien um 9 Uhr Morgens in S.'s Wohnung, wo der Anstalts-Priester eine Adresse verlas und überreichte, worauf eine Aufseherin in einem Gedicht die Verdienste Straemer's feierte und ihm ein hübsches Silbergeschenk im Namen seiner bisherigen Mitdienenden überreichte. Die Adresse hatte folgenden Wortlaut: «Verehrter Nikolai Alexandrowitsch! 16 Jahre sind es her, seit Sie die Arbeit an dem Irrenhause aller Leidtragenden übernahmen, 16 Jahre haben Sie mit seltener Geduld und Standhaftigkeit, mit grosser Selbstverleugnung, nicht nur Ihre Arbeitskraft, sondern auch die Zeit, die Andere der Erholung und dem Vergnügen widmen den Leidenden zum Opfer gebracht. Nicht nur wir, die mit Ihnen unter einem Dache leben, sondern auch Viele aus entfernten Theilen der Umgebung Petersburg's haben bei Ihnen Hülfe gesucht und gefunden. Wenn es zu helfen galt, kannten Sie keine Tageszeit, waren Sie stets bereit dem ersten Rufe zu folgen. — Wie können wir Ihnen für ihre unermüdliche Fürsorge danken? Ach, wir erkennen unsere Machtlosigkeit! Doch der Allmächtige, der alle Gedanken kennt, weiss, welches Gefühl der Dankbarkeit uns erfüllt. Mögen unsere Herzen sich alle zu dem einen Gebete vereinigen, dass der Allmächtige Ihnen Gesundheit und Glück sende, Ihnen und Ihrer Familie. Möge unser Gebet Ihnen eine Stütze in schwierigen Lebenstagen sein und ein treuer Beweis unserer Ergebenheit und Dankbarkeit. (Es folgen 118 Unterschriften, des Priesters, aller Kanzelleibeamten, Aufseher, Aufseherinnen, Feldscherer, Wärter und Wärterinnen). — Ein rührender Beweis von Anhänglichkeit, gewiss nicht unverdient.

— Ueber die jüngst erschienene Broschüre «*die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten, dargestellt nach amtlichen Quellen*» urtheilt Prof. Ewald in der Berl. Klin. Wochenschrift in eingehender und möglichst objectiver Weise. Da es unseren Lesern gewiss von dem grössten Interesse sein wird die Meinung des Vertreters dieses hervorragenden deutschen Blattes zu erfahren, so geben wir dieselbe in extenso. Er sagt:

Wohl selten ist ein Krankheitsbericht in allen Schichten des Publicums, in Laien- und Aerztekreisen mit gleicher Spannung erwartet worden, als die in der Ueberschrift angezeigte Darstellung der s. Z. an das Krankenbett des hochseligen Kaisers berufenen Aerzte. Selten aber auch wird sich ein solcher Bericht eines ähnlichen Interesses rühmen dürfen wie dieser. Es ist nicht allein die viel bewunderte und viel beweinte Person des hohen Patienten, die uns mit Wehmuth die Geschichte seiner Leiden noch einmal überblicken lässt, es ist wesentlich auch das Gefühl der Erleichterung, welches Jeder, der nicht alle Phasen dieser Unglücksepoche aus eigener Anschauung kannte und sich desshalb Ausspruch und Urtheil über dieselbe nicht anmassen zu dürfen glaubte, darüber empfinden wird, nun endlich einen maassgebenden, verbürgten und, soweit dies menschlicher Schwäche möglich ist, objectiven Bericht in Händen zu haben. Allerdings ist in ihm nur die Darstellung derjenigen Männer enthalten, die von Anfang an die richtige Diagnose gestellt resp. im Auge gehabt hatten, und so wird man nicht ermangeln, denselben der Parteilichkeit zu bezichtigen. In gewissem Sinne mit Recht. Aber haben nicht in jeder Streitsache die Parteien, Kläger und Angeklagte, die Befugniss, für ihre Sache zu plaidiren, und haben die deutschen Aerzte nicht lange genug die Rolle der Beklagten spielen müssen? Die Herren Leyden und Senator sind in diesem Bericht nicht zu Worte gekommen, wohl weil ihr ärztliches Eingreifen zu einer Zeit geschah, wo von einer Unklarheit in Diagnose und Behandlung nicht mehr die Rede sein konnte; dann hätte aber Bardeleben's Bericht ebenso gut fortbleiben können. Ebenso hat man die Schranken nicht so weit gehoben, um Herrn Krause, unserem deutschen Collegen, auch zu einem Bericht Gelegenheit zu geben.

Darin aber sehen wir die Bedeutung der Brochure, dass sie auch dem Publicum wieder in breitester Schicht die Ueberzeugung gewinnen wird und gewinnen muss, dass sich der verstorbene Kaiser, so weit es unsere deutschen Collegen betrifft, von Anfang an in der Hand sorgsamst und gewissenhaft berathender und verfahrender, mit der besten Einsicht und dem besten Können ausgerüsteter Aerzte befand — eine Ueberzeugung, die in dem Hin und Her des ärztlichen Streites manchen Leuten abhanden gekommen zu sein schien.

Uns Aerzten bietet der Bericht sachlich nichts wesentlich Neues, nichts, was wir in den letzten Wochen nicht schon gewusst oder mit annähernder Sicherheit vermuthet hatten. Aber er giebt uns die Möglichkeit, auch unsererseits Stellung zu nehmen, obgleich es unnöthig erscheint, dem hellen Tag ein Licht anzuzünden und Stellung in einer Sache zu nehmen, die überhaupt nur einen Standpunct erlaubt. Mag selbst der Bericht in einzelnen Zügen dadurch, dass das gegenseitige Verständniss erschwert, und der gute Wille dazu nicht vorhanden war, einzelne kleine Ungenauigkeiten enthalten, so viel ist sicher, dass der Mann, dem der Ruf voranging, einer der ersten Laryngologen der Welt zu sein, dass dieser Mann eine falsche Diagnose gestellt und eine falsche Behandlung eingeschlagen hat, dass er die ungeheure Verantwortung, den hohen Kranken allein und ohne maassgebenden Beirath durch die kostbarste Zeit trotz des Wachsens der Geschwulst hinzuhalten unternommen und damit gegen sein ausdrücklich gegebenes Versprechen gehandelt hat. (S. 48 des Berichts.) Er konnte die Behauptung des deutschen Collegen (Dr. Landgraf), dass der Tumor anwachse, für irrthümlich halten, aber sie todtzuschweigen, dazu lagen die Dinge denn doch zu ernst. Dies sind die Puncte, auf die es ankommt, einfache Thatsachen, kein Aerztegezänk, nichts, was nicht über der Parteien Hass und Liebe stände. Wir sind begierig, die Antwort darauf zu hören.

Aber gerade jener Ruf Mackenzie's hat nicht wenig dazu beigetragen, die Situation zu erschweren und die Kritik zu verwirren. Jeder Mensch kann sich irren, der Arzt der Natur der Sache nach noch häufiger wie Andere; sein Urtheil wird zu nicht geringem Theil durch die Erfahrung bedingt, und dem, der von sich sagen kann, eine über das gewöhnliche Maass weit hinausgehende Erfahrung zu besitzen, wird naturgemäss von vornherein eine gewisse autoritative Stellung zufallen. Gerhardt hat demgemäss mit vollem Rechte s. Z. erklärt (S. 27 des Berichts), „obwohl er nicht glaubt, dass die Geschwulst endolaryngeal entfernt werden kann, bestimmt ihn die Zusicherung Mackenzie's, dass er sie entfernen werde, seinem Plane zuzustimmen, doch nur so lange, bis die Gewebsuntersuchung oder der Verlauf (d. h das unausbleibliche Wachsen) der Geschwulst einen anderen Plan nöthig mache". Das ist ein weises und echt wissenschaftliches Verfahren gewesen! Es wurde verabredet um diese Zeit ein neues Consilium zu halten. Mackenzie hat seine ausdrückliche Zusage nicht erfüllt, die letzte Möglichkeit der Laryngofissur ist vereitelt worden.

Es ist für uns Aerzte eine lächerlich thörichte Behauptung, wenn jetzt gesagt wird, der hohe Patient wäre alsdann sicher gerettet worden. Er hätte nach kurzer Zeit ein Recidiv bekommen, er hätte unglücklichsten Falles selbst an den directen oder indirecten Folgen der Operation sterben können. Aber es waren alle Chancen für einen glücklichen Verlauf gegeben und es wäre Alles geschehen, was nur menschliche Kunst und Wissenschaft an die Hand giebt. Das ist der einzige Trost, der dem Arzte in verzweifelten Fällen bleibt: Nichts unterlassen zu haben.

Aber alles Persönlichen entkleidet und jeden diagnostischen Irrthum zugestanden — es bleibt die Krankengeschichte Friedrich III. eine schwere Anklage gegen seinen Arzt. Jedermann soll den Muth seiner Ueberzeugung haben. Wir verdenken es keinem Collegen, wenn er seine Diagnose mit allen Mitteln stützt und so lange es geht, festhält. Aber doch nur so lange es geht! Er darf sich nicht leichtfertig oder absichtlich besserer Einsicht verschliessen und gegen die gewöhnlichen Regeln der ärztlichen Kunst und Moral handeln, um — wir nehmen den besten Fall — Anderen gefällig zu sein.

Liegen die Dinge so, wie in dem ärztlichen Bericht dargestellt — und er ist uns im Grossen und Ganzen maassgebend, weil Ehrenmänner darin mit ihrer Ehre eintreten — so ist Sir Morell Mackenzie gerichtet, und es war in vielen Beziehungen, ärztlichen und nicht ärztlichen, ein Unglückstag für Deutschland, an dem er zuerst den Boden unseres Landes betreten hat! Ewald.

— *Befördert*: *Zu wirklichen Staatsräthen*: Die Gouvernements-Medicinalinspectoren: von Kursk, Dr. Zwingmann und von Pleskau, Dr. Rauch.

— *Verstorben*: 1) In Simferopol der Senior der dortigen Aerzte, Ssuchanow. Der Verstorbene hat mehr als 35 Jahre als Stadt- und Kreisarzt in Simferopol und dann als Landschaftsarzt in der Krim fungirt. 2) In Budapest der Prof. der Pharmakologie und langjährige Decan der dortigen medicinischen Facultät, Dr. Koloman Balogh, an Morbus Brightii im 54. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat sich grosse Verdienste um die ungarische medicinische Literatur erworben, namentlich durch seine Lehrbücher der

Physiologie, allgemeinen Pathologie u. Therapie und auch als Hauptmitarbeiter der med. Wochenschrift „Orvosi hetilap". Die ungarische Academie der Wissenschaften wählte ihn zu ihrem Mitgliede und die „Budapester Gesellschaft der Aerzte" zu ihrem Vicepräsidenten. 3) Am 8. Juli in London Dr. H. J. Domville, Leibarzt der Königin und Generalinspector der Hospitäler London's im 70. Lebensjahre.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 10. Juli d. J. 5364 (77 weniger als in der Vorwoche), darunter 318 Typhus- (6 weniger), 501 Syphilis- (4 mehr), 62 Masern- (19 weniger), 27 Scharlach- (1 weniger), 24 Diphtherie- (7 mehr) und 5 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

— Die *Kreisversammlung der unterfränkischen Aerzte* hat einstimmig beschlossen, an die Professoren v. Bergmann und Gerhardt in Berlin eine *Anerkennungsadresse* zu richten.
(Allg. m. C.-Ztg.).

— Dem Prinzen Ludwig Ferdinand von Bayern ist von dem bayerischen Staatsministerium des Innern, unter Entbindung von der vorgeschriebenen ärztlichen Prüfung, die *Approbation als Arzt für's deutsche Reich ertheilt* worden. Prinz Ludwig Ferdinand, welcher 28 Jahre alt ist, hat auf den Universitäten München und Heidelberg Medicin studirt und einige beachtenswerthe wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht. Er ist bereits das zweite Mitglied des bayerischen Königshauses, welches die Medicin praktisch ausübt, denn sein Vetter, Prinz Karl Theodor von Bayern, ist bekanntlich schon seit längerer Zeit als Augenarzt thätig.

— In Kopenhagen ist eine ordentliche Professur für Augenheilkunde, die erste in Dänemark, creirt und dieselbe Dr. Edmund Grut, einem Schüler Albrecht v. Graefe's, übertragen worden.

— An Stelle des nach Königsberg berufenen Prof. Lichtheim ist der bisherige Privatdocent Dr. Sahli zum ord. Professor und Director der medicinischen Klinik in Bern ernannt worden.

— Prof. Lehmann (Würzburg) hat den an ihn ergangenen Ruf als Professor der Hygiene nach Giessen abgelehnt, nachdem ihm die Errichtung eines hygienischen Instituts in Würzburg zugesagt worden ist.

— Zum Rector der Universität Giessen ist für das nächste Studienjahr Prof. Boström (aus Livland gebürtig) gewählt worden.

— Wie der Landschaftsarzt Gegello in der „Russ. Med." berichtet, ist die Frau des Landbesitzers *Gubkin* im Kirchdorfe Deriewka (Kreis Werchnednjeprowsk, Gouv. Jekaterinosslaw), welche am 9. März d. J. von einer tollen Katze gebissen wurde, am 17. Mai d. J. der Tollwuth erlegen, trotzdem sie in Charkow die Schutzimpfungen nach Pasteur'scher Methode durchgemacht hatte.

— Im Pariser Hospital „Hôtel Dieu" ist am 16. Mai d. J. ein 20jähriger Mann, Namens *Poulet*, an der Tollwuth verstorben, welcher am 6. December von einem tollen Hunde gebissen wurde und gleich darauf sich den Präventivimpfungen im Institut Pasteur unterzogen hatte.

— Nach dem „Württemberg. med. Corresp.-Bl." haben die *Heilmagnetiseure Deutschlands* in einer zu Eisenach abgehaltenen Versammlung beschlossen, eine Art *Academie zu gründen* und einen Prüfungsausschuss zu wählen, welcher die sich zum Eintritt in diese Academie Meldenden auf ihre Leistungen und Fähigkeiten prüfen soll. Die Gesellschaft soll den Namen «*Vereinigung deutscher Magnetopathen*» gewählt haben, weil die Bezeichnung «Heilmagnetiseur» zu strafrechtlichen Maassregeln Veranlassung giebt.

— Der «Rigaschen Zeitung» (№ 133) entnehmen wir folgende interessante Notiz. Im Rigaschen Landgericht wurde am 10. Juni folgender Fall von «*Uebertretung des Medicinal-Ustaws*» verhandelt: Im Mai vorigen Jahres machte die livländische Medicinalverwaltung dem Wolmar'schen Ordnungsgericht die Anzeige, dass der Inhaber eines Droguen-Geschäftes in Rujen, Feldscher Friedrich *Summent* ärztliche Praxis betreibe und scharfwirkende Medicamente verabfolge. Bei der hierauf vom Ordnungsgerichte in Gemeinschaft mit dem Kreisarzt und 2 Experten veranstalteten Localuntersuchung wurde befunden, dass in dem Verkaufslocal des Summent, der gesetzlichen Verordnung zuwider, zwischen ungefährlichen Arzneimitteln auch giftige Stoffe aufgestellt waren. S. gab zu, Arzeneien verordnet und verabfolgt zu haben, stellte aber in Abrede, giftige Stoffe benutzt zu haben, welches letztere auch nicht erwiesen werden konnte. Wegen Uebertretung der für den Verkauf von Arzneien bestehenden Vorschriften wurde Summent zur Strafzahlung von 50 Rbl. oder Arrest auf 14 Tage und zum Ersatz der 70 Rbl. betragenden Reisekosten der Delegirten verurtheilt». — Es lässt sich nur wünschen, dass es den Curpfuschern öfter derartig ergehen möchte, nicht nur in Livland, sondern auch bei uns in Petersburg, wo neuerdings der sehr gefährliche Usus sich eingebürgert, dass Pharmaceuten — Droguenhandlungen eröffnen und unter der Hand flott prakticiren (in 2 Fällen sind sie auch bereits dafür zur Verantwortung gezogen). Beiläufig, als Zeichen der Zeit, die Bemerkung, dass auch ein hiesiger Arzt, welcher auch einige Zeit hier an einem Hospital als ausseretatmässiger Ordinator gedient, gegenwärtig ein Droguengeschäft angelegt hat. P.

— Dr. A. Martin empfiehlt gegen *Nachtschweisse der Phthisiker* das *Sulfonal*. Eine Dosis von 0,5 Gramm, vor dem Schlafengehen genommen, soll die Nachtschweisse unterdrücken und zugleich dem Kranken einen mehrstündigen ruhigen Schlaf verschaffen.
(Münch. m. W.).

— Die *Scharlachepidemie*, welche im Jahre 1887 in *London* herrschte, ist eine so heftige gewesen, wie sie lange dort nicht vorgekommen ist. Nach dem Bericht des Metropolitan Asylums Board erreichte die Zahl der Scharlachkranken in den Hospitälern, welche von ihm verwaltet werden, am 23. November 1887 ihr Maximum, nämlich 2789, eine Zahl, die das im letzten Jahrzehnt beobachtete Maximum um das Vierfache überragt. Gegen 35% aller an Scharlach Erkrankten wurden in den Hospitälern behandelt. Die durch die Epidemie verursachten ausserordentlichen Kosten betrugen etwa 800,000 Frcs.

— Die *Cholera* ist in *Ostindien* an vielen Orten wieder epidemisch aufgetreten, so namentlich in der Präsidentschaft *Bombay*. In *Kaschmir* soll die Zahl der täglich vorkommenden Choleraerkrankungen auf mehr als 200 gestiegen sein.

— Dr. Spillmann und Dr. Haushalter haben interessante Untersuchungen *über die Verbreitung des Bacillus der Tuberculose durch die Fliegen* angestellt. In den Spitälern ist es nämlich auffallend, wie die Fliegen mit Vorliebe um tuberculöse Kranke und um deren Spucknäpfe fliegen. In einem solchen Spucknapfe gesättigte Fliegen wurden von den Autoren unter eine Glasglocke gebracht; am andern Tage waren mehrere davon gestorben; ihre Excremente hingen unter der Form von grauen runden Flecken an der Glasoberfläche. In diesen Flecken, im Bauche der gestorbenen Fliegen, in den lebenden Fliegen, in den Excrementflecken lebender Fliegen an Fenstern und Mauern, überall wurde der Tuberkelbacillus nachgewiesen. Gestorbene Fliegen trocknen ein, ihr Körper zerfällt in Staub und die Bacillen bestehen fort. So können Fliegen nebst ihren Excrementen die Träger der Lungentuberculose werden. Die Verfasser rathen demgemäss, den Auswurf der tuberculösen Kranken in geschlossenen Spucknäpfen aufzubewahren und nachher durch Siedehitze oder 5procentige Carbolsäurelösung unschädlich zu machen. (Annalen d. Acad. des sciences de Paris — Monatschr. f. Ohrenheilkunde).

— In Indien verwendet man neuerdings die *Electricität dazu, um kriechende Thiere, Schlangen etc. von dem Innern der Häuser abzuhalten*. Vor allen Hauseingängen und rings um die Häuser werden 2 parallele, von einander isolirte Drähte nahe bei einander gelegt und mit einer Electricitätsquelle (Inductions-Apparat) verbunden. Sobald nun ein Kriechthier, z. B. eine Schlange etc., über die Drähte kriecht, schliesst sie durch ihren Körper den Stromkreis und erhält einen empfindlichen elektrischen Schlag, welcher entweder tödtet oder zu schleunigem Rückzuge veranlasst. Die Anlage erfordert nur geringe Kosten und ist in heissen Ländern von grossem Werth. (Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 3. bis 9. Juli 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
291	206	497	111	55	101	18	6	20	37	37	32	29	24	19	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 37, Scharlach 12, Diphtherie 12, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 105, Todtgeborene 22.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London .	4 282 921	1.—7. Juli	2348	28,5	—	1211	14,7
Paris . . .	2 260 945	1.—7. Juli	1114	25,6	91	843	19,4
Brüssel . .	181 270	24.—30. Juni	91	26,1	9	94	27,0
Stockholm .	221 549	24.—30. Juni	140	32,8	2	86	20,3
Kopenhagen	300 000	4.—10. Juli	201	34,8	3	95	16,4
Berlin . . .	1 414 980	1.—7. Juli	857	31,4	28	643	23,6
Wien	800 836	1.—7. Juli	525	35,3	19	362	23,5
Pest . . .	442 787	24.—30. Juni	307	36,0	21	276	32,4
Warschau .	444 814	1.—7. Juli	295	34,4	20	217	25,3
Odessa . . .	268 000	1.—7. Juli	—	—	6	186	36,1
St. Petersburg	**732 881**	**8.—14. Juli**	**520**	**36,9**	**28**	**469**	**35,9**

Neuer Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung in Tübingen.

Sazinger, Dr. J. von, Professor an der Univ. Tübingen, **Gefrierdurchschnitt einer Kreissenden.** 3 color. Tafeln mit Text. gr. Fol. in Mappe. Preis M. 10.

MATICO-CAPSELN
von Grimault & Co.

(In Russland erlaubt.)

Diese Capseln enthalten in einer Umhüllung von Pflanzenleim die Essenz des Matico-Oels, mit Copahubalsam verbunden; sie sind folglich geruch- und geschmacklos. Sie werden bei Gonorrhöe und Darmcatarrh gebraucht. — **Dosis**: 8—10 Capseln täglich, die eine Hälfte vor, die andere nach der Mahlzeit einzunehmen. 15 (7)

Dépôt: Paris 8 rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

Phosphorsaures Eisen
des Dr. Leras.

(In Russland erlaubt.)

Diese farblose Lösung enthält Eisen und Phosphorsäure und wird bei allen Krankheiten gebraucht, wo Eisenpräparate angezeigt sind. — Jeder Esslöffel derselben enthält 20 Centigr. pyrophosphorsaures Eisen und Soda. — **Anämie. — Chlorose.** 14 (7)

Dépôt: Paris 8 rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

Das als **Tischgetränk** und **diätetisches Heilmittel** seit Jahrhunderten rühmlichst bekannte

SELTERSER (Niederselterser) WASSER

sowie die **Wasser** von **Fachingen, Ems** (Kränchen-, Kessel- und Kaiser-Brunnen), **Schwalbach** (Stahl-, Wein- und Paulinen-Brunnen), **Weilbach** (Schwefel- und Natron-Lithion-Quelle) und **Geilnau** werden aus den betreffenden fiskalischen Mineralquellen

ohne jede Veränderung als reines Naturproduct

gefüllt.

Die ungemein günstige Zusammensetzung der Bestandtheile der Wasser bedingt deren **hohen medicinischen Werth.** — Diese **sämmtlichen Wasser,** wie auch die **ächten fiskalischen Emser Pastillen** und **Quellensalze** sind stets vorräthig in allen bekannten **Mineralwasserhandlungen** und **Apotheken,** woselbst auch die Abbildungen der **gesetzlich geschützten** Marken und die Erkennungszeichen der Aechtheit der vorgenannten Wasser erhältlich sind. 104 (1)

Niederselters, im Mai 1888.

Königl. Preuss. Brunnen-Comptoir.

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.

Central-Dépot von Verband-Waaren.

Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.

Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.

Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.

Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc. 6 (16)

CURANSTALTEN VON MAMMERN

am Bodensee (Schweiz).

Sommer- und Winterstation (geheizte Corridore u. Baderäume).

Prosp. gratis. 34 (3)

I. Wasserheilanstalt.
II. Sanatorium für Nervenkranke.
III. Abtheilung für Diätcuren.

Ruhige, geschützte Lage im grossen Park a/See. Staubfreie Luft. Schöne Umgebung (viel Wald).

Elektrotherapie. Massage. Heilgymnastik. Neue comfortable Einrichtungen. Dampf-, Heissluft-, Fichtennadel-, electr.-, Wellen-See-bäder etc. Eisenbahn- u. Dampfschiffstation.

Dr. E. Maienfisch,
Dr. O. Ullmann, (Schüler Charcot's).



Zu haben in allen Droguen-, Wein- und Frucht-Handlungen, Hotels und Restaurants. 8 (1)

SAXLEHNER'S BITTERWASSER
«Hunyadi János-Quelle»

Eigenthümer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgatif durch folgende Vorzüge aus:

Prompte, sichere Wirkung.

Milder Geschmack. — Geringe Dosis.

Zu haben bei den Droguisten & Apothekern.

Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser». 32 (7)

Soeben erschienen und in der Buchhandlung von **C. RICKER** in St. Petersburg vorräthig:

КУРСЪ
ФИЗІОЛОГІИ ОРГАНОВЪ ЧУВСТВЪ.

Д-ра **Н. Бакста.**

Лекціи, читанныя въ СПБ. Университетѣ. Вып. I. Съ 58 рис. въ текстѣ. 1886. 1 р. 50 коп.

Im Commissionsverlag von C. Ricker in St. Petersburg erschien:

MITTHEILUNGEN
aus der
St. Petersburger
AUGEN-HEILANSTALT.

Heft I.

1). Organisation der Ambulanz, vom Director.
2). Bericht über die Ambulanz für die Jahre 1883 und 1884 von Dr. Th. Germann.

Preis 1 Rbl.

Дозв. ценз. Спб. 22. Іюля 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 31. St. Petersburg, 30. Juli (11. August) 1888.

Zur Casuistik der abnorm tiefen Körpertemperaturen bei Geisteskranken.

Von

Dr. M. Schönfeldt,

Assistenzarzt der Irrenanstalt Rothenberg — Riga.

Ein eigenartiger Zufall liess wenige Tage nach einander 2 Fälle von subnormaler Körpertemperatur in hiesiger Anstalt zur Beobachtung gelangen. Tiefe Temperatursenkungen sind bei Geisteskranken nicht gar zu seltene Erscheinungen und seit der ersten diesen Gegenstand betreffenden Arbeit von Löwenhardt 1868 sind im Ganzen c. 30 Fälle genauer beschrieben worden (cf. Liter. Verzeichniss) [1]). Dieses Material genügt noch nicht, die Ursache der Temperaturerniedrigung unzweifelhaft festzustellen, es ist daher sehr wünschenswerth, dass sämmtliche hierhergehörige Beobachtungen veröffentlicht würden, auch wenn sie, wie die Fälle über die heute berichtet werden soll, keinerlei Besonderheiten aufweisen.

Fall I.

Carl M., 45 a. n., seit 13 Jahren verheirathet, war bis vor 1½ Jahren Knecht in einer hiesigen Brauerei, welche Stellung er wegen chron. Gelenkrheumatismus aufgeben musste. Hereditäre Verhältnisse unbekannt. Als Knabe unbegabt, ergab sich Pat. nachher dem Trunke (vor 5 Jahren Delirium tremens). Im Sommer 1887 traten zweimal Schwindelanfälle auf, die von vorübergehender Sprachbehinderung gefolgt waren. Ende März d. J. wurde Pat. verwirrt, sprach viel von Geld, verliess zwecklos seine Wohnung, machte sich auf der Strasse durch sehr dürftige Kleidung und lautes Wesen bemerkbar und wurde am 30. März durch Vermittelung der Polizei der Anstalt zugeführt.

Grosser Mann; Ernährungszustand reducirt, am Kopf keinerlei Abnormitäten. Pupillen gleich, mittelweit, Reaction beiderseits normal. Sprache zögernd, stotternd: die einzelnen Sylben verschwommen, nicht genügend differenzirt. Brust- und Unterleibsorgane normal. Gang breitspurig, unsicher, schwankend. Prüfung auf Ataxie, sowie eine genauere Untersuchung der Sensibilität unmöglich, weil Pat. ganz verwirrt und andauernd unruhig ist; jedenfalls scheint die Schmerzempfindung herabgesetzt zu sein. Patellarsehnenreflexe sehr lebhaft.

Das wesentlichste Symptom ist die hochgradige Unruhe, die ganz directions- und ziellose Agitation: Pat. wirft sich nieder, wälzt sich auf der Diele, klopft mit Händen und Füssen an Thür und Wände, brüllt laut vor sich hin: «Halleluja», «10,000». Die fortwährende Unruhe, das unaufhörliche, unzusammenhängende Schwatzen bei schwer verständlicher Sprache lassen kein klares Bild vom Ideengang des Kranken gewinnen: das Gedächtniss scheint sehr gelitten zu haben; Pat. ist völlig desorientirt und giebt keine geordnete Antwort, die Stimmung ist meistens gehoben. Die Anamnese machte die Diagnose — Dementia paralytica — wahrscheinlich, die Untersuchung bestätigte dieselbe in unzweifelhafter Weise.

April. Den ganzen Monat über hält die hochgradige Unruhe an: Pat. ist in fortwährender Bewegung, poltert in seiner Zelle, unaufhörlich unzusammenhängende Worte in lautem, kreischendem Gesang hervorbringend. Reisst seine Kleider, in Folge dessen er den sog. «unzerreissbaren» Segeltuchanzug erhält. Anfangs behält der Kranke das Hemd unter demselben, bald aber wird das Letztere hervorgezogen und stückweise zerrissen, so dass die trotz häufigen Wechsels meist von Urin durchnässte grobe Leinwand dem nackten Körper anliegt. Der Appetit ist schlecht, häufig abstinirt Pat. völlig und muss nicht selten zur Sondenfütterung gegriffen werden. Schlaf wird, nachdem Chloralhydrat 2,5 als wirkungslos sich erwiesen hatte, durch Hyoscyamini 0,005—0,008, wenn auch nicht immer, erzielt.

[1]) **Literatur:** Löwenhardt: Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. XXV, pag. 685. 1868.
Ulrich: Ebenda. Bd. XXVI, pag. 761. 1869.
Zenker: » Bd. XXXIII, pag. 1. 1876.
Tiling: St. Petersb. Med. Wochenschr. № 25 und 26. 1876.
Schüle: Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXV. 1878.
Krömer: Ebenda. Bd. XXXVI. S. 165, 167 und 171.
Mendel: Die progressive Paralyse der Irren. 1880. S. 216.
Bechterew: St. Petersb. Med. Wochenschr. 1881. № 33 u. 34.
Hebold: Archiv f. Psych. Bd. XIII. 1882. p. 692.
Hitzig: Berl. klin. Wochenschr. 1884. № 34.
Reinhard: Ebenda.
Krafft-Ebing: Lehrb. d. Psychiatrie. III. Aufl. 1888. Seite 146 und 612.

1.—25. Mai. In Folge der auch jetzt noch währenden Unruhe bei sehr schlechtem Appetit, häufiger Nahrungsverweigerung nimmt die Abmagerung zu. Der Kräfteverfall wird begünstigt durch Furunkel und den an dieselben sich schliessenden Säfteverlust. Patient ist blass, vom langen Brüllen heiser; die Backenknochen springen stark vor, der Gang ist sehr unsicher, Pat. fällt sogar einmal auf die Stirn und erhält 3 Nähte.

Oedem der Beine, im normalen Harn jedoch keinerlei fremde Bestandtheile. Vasomotorische Störungen an der ganzen sehr vulnerablen Hautoberfläche: durch Bestreichen derselben mit dem Finger traten in Folge reflectorischer Dilatation der Gefässe rothe Streifen auf.

26. Mai. Pat. kann sich nicht mehr auf den Beinen halten, liegt zu Bett. Beginnender Decubitus ad os sacrum, nates. Häufige Umlagerung, Wein.

28. Mai. Der Kräfteverfall nimmt zu, die Stimme ist klanglos, doch giebt Pat. geordnete Antworten. Der Puls ist voll und kräftig, Frequenz 76—78. Knarrendes, pleuritisches Reibegeräusch auf der ganzen linken Seite. Resp. Frequenz 20. Athmung nicht oberflächlich. Percussion ergiebt nichts Abnormes. — Temp. Morg. 32,9, Mitt. 32,9, Abds. 32,9.

29. Mai. Pat. giebt seinen Namen und sein Alter richtig an, will nach Hause, klagt über Brustschmerzen, kann jedoch die Stelle nicht genau bezeichnen. Sprache und Bewegungen langsam. Puls voll, 78. — Temp. Morg. 32,9, Mitt. 32,9, Abds. 32,9.

30. Mai. Agone, Respiration tracheal, Frequenz 10. Temp. 7 h. 32,4. Puls klein, 60. Tod 8½ Uhr Morgens.

Section 24 h. p. m. Abgemagerte Leiche, Todtenflecke und Todtenstarre deutlich. Situs viscerum normal. Lungen collabirt; die linke Lunge hinten durch alte Züge mit der Brustwand verwachsen; Pleurahöhlen leer. Im Herzbeutel eine geringe Menge einer gelblichen Flüssigkeit. Auf der Vorderfläche des Herzens sulzig-ödematöse Infiltration des Epicards und zwei kleine Sehnenflecke. Klappen intact, Herzwand normal; an der Intima aortae ein kleines Ulcus und zahlreiche Verdickungen, Riffe und Kämme. Linke Lunge: Pleura rauh, mit fibrinösen Beschlägen versehen. Lungengewebe consistenter, reicher Blutgehalt, beginnende Hepatisation; Pleura rechts spiegelnd, Parenchym wie links. Milz normal. Nierenüberzug beiderseits nur mit Substanzverlusten der Corticalis abziehbar, Oberfläche gelappt; auf dem Durchschnitte keine auffallende Veränderung. Darmcanal und Leber normal.

Schädelhöhle: Dura in weiter Flächenausdehnung mit dem Schädeldach verwachsen, im subduralen Raum einige Löffel seröser Flüssigkeit; Pia der Convexität diffus getrübt, namentlich in der Umgebung der Gefässe. An den Arterien der Basis sclerotische Veränderungen geringen Grades. Seitenventrikel enthalten reichliche Mengen Serum, Ependym glatt, Pia verdickt, schwer abziehbar, stellenweise nur mit Substanzverlusten der Corticalis. Gyri des Stirnlappens verschmälert, Sulci klaffend.

Fall II.

I. Aufnahme. August B., geb. 1836, verh. Kaufmann, wurde zum ersten Mal am 22. Aug. 1875 aufgenommen: Unklarheit der Gedanken, Schlaflosigkeit, Geldverschleuderung, Trunksucht und Gewaltthätigkeiten gegen die Angehörigen gaben die Veranlassung dazu.

Während seines Aufenthaltes in der Anstalt klagt Pat. über schlechte Behandlung, widerrechtliche Freiheitsberaubung, ist grob und ausfahrend, beunruhigt nicht selten seine Mitkranken, verlangt mehr und besseres Rauchmaterial; schwört, er würde entweichen und beschäftigt sich mit Vorbereitungen zur Flucht. Keinerlei Motilitätsstörungen. Die Unruhe lässt nach, Pat. schwatzt nicht mehr und wird am 16. October 1875 «genesen» entlassen.

II. Aufnahme. Seit dem December 1878 wieder unruhig, trinkt viel, excedirt auch in Venere, ist zanksüchtig und verdächtigt seine Frau, geht aber seinem Berufe nach. In den letzten Wochen kaufte Pat. viele Häuser und Pferde, ohne das Geld dazu zu besitzen, macht Projecte etc. Wegen Thätlichkeit gegen einen Wachtmeister kommt Pat. mit der Polizei in Conflict und wird der Anstalt am 20. October 79 zugeführt. Pat. erklärt, er sei jetzt ebenso wenig krank, wie bei der I. Aufnahme, er sei gesunder, als der Arzt, sei überhaupt nie so gesund gewesen, wie jetzt; weiss seine Einkäufe und Projecte als äusserst lucrative Unternehmungen darzustellen. Keine Motilitätsstörungen. Die Stimmung ist gehoben, der Gedankengang wechselt mit den jeweiligen Sinneseindrücken; Pat. weiss für seinen unsoliden Lebenswandel vor der Aufnahme, für alle Verkehrtheiten während des Anstaltsaufenthaltes Erklärungen und Milderungsgründe anzugeben. Das Gedächtniss hat gelitten.

Auf Verfügung der Medicinal-Verwaltung am 6. December 1879 «ungeheilt» entlassen.

III. Aufnahme. 26. December 1887. In den letzten 8 Jahren fast ohne Beschäftigung, hat Pat. regelmässig, wenn auch «nicht sehr stark» getrunken, seit 6 Wochen andauernde Trunkenheit, bedeutende Gedächtnissschwäche; Pat. kommt spät in der Nacht nach Hause, bezahlt die Fuhrleute nicht etc.

Pat. ist ruhig und giebt durchweg geordnete Antworten; die Stimmung ist gehoben, häufig ausgelassen fröhlich; eine bekannte Firma schulde ihm 224,000 Rbl. (unrichtig). Obgleich Pat. in Bezug auf seinen Aufenthaltsort sehr wohl orientirt ist und keine Krankheitseinsicht hat, lebt er sich doch rasch ein, ohne nach dem Zweck seines Hierseins zu fragen, neckt und belästigt durch seine Witzeleien seine Mitkranken.

Die Intelligenz ist abgeschwächt, das Gedächtniss hat gelitten, jedoch rechnet Pat. ganz gut. Die Augen schimmern in wässrigem Glanze, Pupillen gleich, mittelweit, Reaction normal. Die Aufnahme des Gesichtsfeldes ergiebt auf beiden Augen einen nasal belegenen Defect, entsprechend herabgesetzter Leistungsfähigkeit beider temporalen Netzhauthälften. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt keine auffallende Veränderung. Die Zunge wird ohne zu zittern vorgestreckt, ist belegt und zeigt keine fibrillären Zuckungen. Sprache unbehindert. Motilität (kein Tremor der Hände) und Sensibilität normal; Patellarsehnenreflexe beiderseits vorhanden, jedoch nicht erhöht.

Januar—April. Es beginnt eine allmälig sich steigernde Unruhe: Pat. redet fortwährend, raisonnirt und verhetzt die Stubengenossen gegen einander, streut den Kranken Schnupftabak, und nachdem dasselbe ihm fortgenommen worden, Pfeffer und Salz in die Augen. Da ferner Pat. die Neigung hat, nicht nur seine eigenen Aknepusteln, Furunkel etc. durch Beschmieren mit Koth und Urin zu behandeln, sondern auch die Leiden seiner Mitkranken durch dieselben Unsauberkeiten zu beseitigen bestrebt ist, so muss er isolirt werden. In der Zelle jedoch steigert sich die Unsauberkeit bis zu seltener Höhe: die Kleider werden besudelt, zerrissen, abgeworfen und in kürzester Zeit ist Pat. von Kopf bis zur Zehe mit einer Kruste von Schmutz bedeckt. Gelingt es durch eine Irrigation eine ausgiebige Reinigung des Darmes zu erzielen, so schafft sich Pat. sofort durch energisches Speien und Schnäuzen, aus Staub und Urin, soweit er denselben nicht als «Wundermittel» innerlich benutzt, das Material zur Besudelung. Ueberrascht man Pat. bei diesem Vorhaben, so findet man ihn vor Vergnügen strahlend und Laute des höchsten Wohlbehagens hervorbringend. Diese andauernde grosse Unreinlichkeit macht häufige Bäder (oft 3 Mal täglich) und Waschungen nothwendig, da Pat. in kürzester Zeit die Schmutzborke, von der er Heilung seiner verschiedenen kleinen Leiden erhofft, herzustellen pflegt.

Wiederholt wurde Pat. angekleidet und der Versuch gemacht, ihn in Gesellschaft seiner Mitkranken in den Garten hinauszuführen; auch nur kurze Zeit andauernde Reinlichkeit wurde mit Cigarren etc. belohnt, jedoch Alles vergebens: Pat. zerriss seine Kleider, verbarg im Munde Nägel etc., mit denen er nachher die Matratze zerstörte, füllte sich

alle Taschen voll Unrath, bestrich sich Gesicht und Hände mit Erde und da er seine therapeutischen Maassnahmen wiederum auf seine Nachbarn ausdehnte, musste er bald isolirt werden.

In der Zelle wurde der «unzerreissbare» Segeltuchanzug, nachdem die ersten Löcher mit den Zähnen hergestellt waren, zerrissen und Pat. war in kürzester Zeit besudelt. Endlich behielt derselbe als einzige Umhüllung eine grosse Decke aus doppeltem Segeltuch. Dass die Wärmeverluste des entblössten, mit Urin benetzten Kranken bei der guten Wärmeleitung der häufig ebenfalls durchnässten Leinwanddecke ganz bedeutende sein mussten, ist verständlich. Dazu kam noch, dass die Unsauberkeit des Insassen eine häufigere Lüftung der Zelle (bei der kalten Jahreszeit!) nothwendig machte und eine anderweitige Unterbringung des Kranken in der überfüllten Isolirabtheilung auf Schwierigkeiten stiess. In dem allgemeinen Aufenthaltsraum, wo Pat. während des Lüftens seiner Zelle weilte, belästigte er sofort seine Nachbarn und verbarg im Munde und Rectum Gegenstände, mit denen er nachher seine Matratze zerstörte, die Wände beschädigte (einmal wurde sogar eine Gabel, nur mit den Zinken aus dem Rectum hervorragend, bemerkt).

Ausser der Unreinlichkeit waren die hauptsächlichsten Symptome: Geschwätzigkeit und andauernd gehobene Stimmung, eine ausgelassen fröhliche Laune; ein Stimmungswechsel fand nur dann statt, wenn Pat. durch Jammern und Weinen den Arzt zur Spendung von Bier, Cigarren etc. veranlassen wollte. Nicht selten plötzliche Zornausbrüche heftigster Art.

24. Mai. Pat., der Nachmittags wie gewöhnlich geschlafen hatte, wird ganz verändert gefunden: Benommenheit, stierer Blick, lallende unverständliche Sprache, Schwanken beim Stehen; Pat. geht wie ein schwer Trunkener, bricht bald zusammen, ist im höchsten Grade unbeholfen, wenn er einen Gegenstand erfassen soll; das Auge rollt ohne zu fixiren hin und her und scheint nach dem Benehmen des Kranken der Gesichtssinn gelitten zu haben. Pat. erkennt den Arzt nicht. Krämpfe sind nicht beobachtet worden.

4. Juni. Pat. hat sich vollständig erholt und ist ganz der Alte.

5. Juni. Nachmittags wiederum ein Anfall, wie am 24. Mai.

9. Juni. Bei der Morgenvisite fällt die eisig kalte Hauttemperatur auf (bis jetzt war beim Pulsfühlen, bei den Injectionen etc. die Temperatur der Haut nie kühl erschienen). Pat. ist benommen, wie in der ganzen Zeit seit dem letzten Anfall, erkennt die Aerzte wohl, ist jedoch nicht im Stande deren Namen anzugeben. Puls voll und kräftig. Bettruhe, Wein.

10. Juni. Pat. trinkt selbst eine Tasse Kaffe, isst Brod dazu, schleppt sich nur mit Mühe durch's Zimmer. Erkennt den ersten ihm gereichten Gegenstand und benennt ihn richtig, für jeden folgenden wird dieselbe Bezeichnung vorgebracht, wie auch jede Frage mit dem einmal ausgesprochenen Worte beantwortet wird. Puls kräftig.

11. Juni. Kräfteverfall. Pat. reagirt nicht mehr auf Zuruf. Puls klein, wegdrückbar. Urin normal, Patellarsehnenreflex vorhanden.

12. Juni. Die Benommenheit nimmt zu. Puls unregelmässig. Deutliche Dämpfung rechts, unter der Scapula beginnend. Daselbst auch bronchiales Athmen.

13. Juni. Agone. Beschleunigte, tracheale Respiration. Puls nicht zählbar. Tod 5 Uhr Morgens.

				Temp.	Puls	Respir.
9. Juni.	12	Uhr	Mittags	30,9	52	12
	2	›	Nachmitt.	31,0	52	12
	4	›	›	31,3	52	12
	6	›	›	30,9	52	12
	8	›	›	30,4	56	16
	10	›	›	31,4	56	16
	12	›	›	31,8	56	16
10. Juni.	4	›	Morgens	31,8	(durch den Wärter gemessen).	
	7	›	›	31,6	52	18
	10	›	›	31,2	52	16
	12	›	Mittags	31,2	56	16
	3½	›	Nachmitt.	31,1	52	16
	6	›	›	30,8	54	12
	8	›	›	30,4	54	16
	12	‹	›	30,2	56	16
11. Juni.	7	›	Vormittags	30,4	—	—
	10	›	›	29,8	52	12
	4	›	Nachmitt.	29,5	48	14
	7	›	›	30,4	52	16
12. Juni.	1	›	Morgens	30,9	—	—
	4	›	›	31,7	—	—
	7	›	›	32,4	—	—
	10	›	›	32,5	48	16
	2	›	Nachmitt.	33,6	—	22
	7	›	›	34,4	—	—
	11	›	›	36,0	?	48
13. Juni.	2	›	Morgens	36,8	—	—
	5	›	›	37,2	Tod!	—
	7	›	›	37,0	—	—
	8	›	›	36,2	—	—

(Fortschreitende Abkühlung).

Was die Diagnose dieses Falles betrifft, so spricht die in der Anamnese angeführte Geldverschleuderung und Projectenmacherei, der Ankauf von Häusern etc., ohne das dazu nöthige Geld zu besitzen, die Abnahme des Gedächtnisses, die Störung der Intelligenz, endlich aber die Einengung des Gesichtsfeldes und die beiden Anfälle für die Annahme einer Dementia paralytica, trotzdem bis zum I. Anfall (24. Mai) keinerlei Motilitätsstörungen constatirt werden konnten und der Kranke in seinem Benehmen durchaus nicht den Eindruck eines Paralytikers machte. Ob die im Jahre 1875 aufgetretene Störung der Beginn einer mit langen Remissionen verlaufenen Dementia paralytica gewesen, wage ich nicht zu entscheiden. Es bleibt immerhin die Annahme möglich, dass nach zweimaligem Auftreten von maniakalischer Erregung auf einer durch chronischen Alcoholmissbrauch psychisch geschwächten Grundlage jetzt eine progressive Paralyse zur Ausbildung gelangt ist.

Section 28 h. p. m. Mittelgrosser Mann, kräftige Musculatur, Fettpolster nicht vorhanden. Todtenstarre deutlich. Am linken Vorderarm 2 Furunkel, auf der linken Scapula ein Carbunkel. Pupillen beiderseits gleich, mittelweit.

Unterhautfettgewebe völlig geschwunden, Situs viscerum normal, im kleinen Becken kein fremder Inhalt. Die Halsorgane weisen keine pathologischen Veränderungen auf. Die Vorderränder beider Lungen berühren sich in der Mittellinie; beide Lungen mit der Pleura costalis und dem Zwerchfell durch bindegewebige Züge verwachsen. Herzhöhlen von normaler Weite, Klappenapparat intact, Musculatur schlaff, graubraun.

Linke Lunge emphysematös, im Unterlappen vermehrte Consistenz, auf dem Durchschnitte schaumige, dunkelrothe Flüssigkeit. Rechte Lunge schwer, Luftgehalt gering; die Schnittfläche ist rauh, zwischen dunklen Partien graue (hepatisirte) Inseln. Gewebe sehr zerreisslich. Milz unverändert. Beide Nieren von normaler Grösse, mässigem Blutgehalt, die Kapsel fest adhärent, stellweise in doppelten Lamellen, nur mit Substanzdefecten der Corticalis abziehbar. Auf dem Durchschnitte keine auffallenden Veränderungen. Blase, Darmcanal und Leber normal.

Schädelhöhle: Schädeldach wohlgebaut, Diploë stellweise ganz geschwunden, die Sulci mening. flach. Die Dura in der ganzen Ausdehnung mit dem Schädeldach verwachsen, mit der Pia jedoch in keinem Zusammenhange. Letztere namentlich in der Gegend der Centralwindungen leicht milchig getrübt. Blutgehalt der Hirnhäute nicht auffallend verändert. Consistenz des Gehirns normal, Gyri nicht verschmälert. Die Ventrikel von normaler Weite, in den beiden Telae chorioid. erbsengrosse Cysten. Ependym nicht granulirt. Pia durchweg leicht und ohne Substanzverluste der Hirnrinde abziehbar, ein wenig verdickt. Pons, Medulla obl., Cerebellum bieten normalen Befund.

Bei der geringen Zahl der Beobachtungen sind die Ur-

sachen der subnormalen Temperaturen bei Geisteskranken noch nicht klar gelegt. Löwenhardt ist der Ansicht, es würde gelingen «eine Form von Manie» abzusondern, welche als directe, centrale Ursache der Temperatursenkung anzusehen sei; doch fügt er zugleich hinzu: «Zur Verminderung der Eigenwärme trugen äussere Schädlichkeiten sehr wesentlich bei; als solche sind, wie bereits erwähnt wurde, ganz besonders die häufigen Bäder zu nennen, welche wegen der grossen Unreinlichkeit der Kranken nothwendig wurden und die kalte Witterung, welche für die oft ganz nackten Patienten doppelt schädlich werden musste».

Zenker sagt, mit Bezugnahme auf die von Löwenhardt vermuthete besondere Form der Manie: «Die Tobsucht ist auf die subnormale Temperatur dadurch vor Allem von bedingendem Einfluss, dass sie die abgezehrten und häufig entblössten Kranken zu Wärmeabgaben bringt, denen ihr Organismus nicht gewachsen ist. In der That wird sich auch aus meinen Krankengeschichten ergeben, dass es zugleich unverhältnissmässig gesteigerte Arbeitsleistungen und Wärmeverluste waren, die zuerst hochgradige Abmagerung und Erschöpfung, sodann die beregte Temperatursenkung herbeiführten».

Tiling fand in 4 Fällen subnormaler Temperatur zweimal Sclerose, einmal Erweichung des Pons, im 4. Fall ebendaselbst einen rothen Herd von der Grösse einer Haselnuss, gebildet von ampullenartig ausgedehnten und mit Blutkörperchen strotzend gefüllten Blutgefässen. Auf Grund dieser Sectionsbefunde erblickt Tiling einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Pons und dem Sinken der Körperwärme.

Kroemer spricht von «einer Lähmung des excitocalorischen Centrums» und Bechterew sagt: «wir müssen hier, um das Auftreten niedriger Temperatur zu erklären, zu der Hypothese unsere Zuflucht nehmen, dass die Affection der Gehirnrinde, welche die Psychose hervorruft, auch gleichzeitig die den Centralwindungen benachbarten Territorien ergreife, welche nach Eulenburg und Landois das vasomotorische Nervensystem beeinflussen, nach meinen Untersuchungen aber auch auf die innere Körpertemperatur einwirken».

Dagegen ist Mendel geneigt, eine «Affection eines thermischen Centrums im Pons (Heidenhain) oder im oberen Theil des Rückenmarks (Naunyn und Quincke)» zur Erklärung der Temperaturerniedrigung heranzuziehen.

Hebold endlich fand als Ursache der subnormalen Temperatur «eine ausgedehnte Blutung unter die Pia der Basis», zweimal fortgeschrittene Rückenmarkserkrankung (Myelitis); im 4. Fall seiner Beobachtungen bleibt der Zweifel bestehen, «ob eher im Gehirn (an den Centralwindungen und der I. Stirnwindung beiderseits diffus rothe Flecken, von zahlreichen, stark erweiterten Gefässen durchzogen) oder im Rückenmark (Myelitis), oder schliesslich in beiden zusammen die Ursache gesucht werden muss».

In beiden hier beobachteten Fällen dürfte die Erklärung der Temperaturerniedrigung keine Schwierigkeiten machen: Bei dem ersten Kranken wird die Ursache in der andauernden, aufreibenden Unruhe, der ungenügenden Bekleidung zu suchen sein, welche im Verein mit der geringen Nahrungsaufnahme und dem Säfteverlust in Folge der zahlreichen Furunkel die Erschöpfung des Kranken beschleunigt haben. Freilich lehrt die Erfahrung, dass es unter gleichen Umständen nicht immer zum Sinken der Körperwärme kommt.

In dem II. Fall ist die rein physikalische Erklärung der Temperaturerniedrigung zu naheliegend: Die häufigen Bäder und Waschungen in kalter Jahreszeit und das vollständige Fehlen einer schützenden Kleidung mussten hochgradige Wärmeverluste und bedeutende Abkühlung zur Folge haben.

Die beiden hier referirten Fälle haben mit vielen der veröffentlichten Beobachtungen Folgendes gemein: Die Form der Erkrankung (Dementia paralytica), früheres Potatorium; während des Krankheitsverlaufes andauernde Unruhe, Steigerung des Verbrauches an Körperwärme besonders nach völligem Schwund des Fettpolsters und als directe Todesursache — Pneumonie. Letztere ist bei erheblicher Temperatursenkung eine so häufige Terminalerscheinung, dass Zenker der Ansicht ist, in Folge der abnorm tiefen Körperwärme laufen «offenbar die Respirationsorgane Gefahr zu erkranken».

In unseren beiden Fällen liegt es näher, die Ursache für die lobuläre Pneumonie in septischer Infection zu suchen: bei dem I. Kranken durch Resorption vom Decubitus aus, im II. Fall durch Aspiration von zersetztem, in den Kehlkopf herabgeflossenem Speichel etc., wie das bei benommenen Kranken nicht selten ist.

Bemerkenswerth ist endlich die Thatsache, dass die Pneumonie im Stande gewesen ist, die auf 29,5 gesunkene Körpertemperatur bis auf 37,2 zu erhöhen.

Referate.

O. Petersen: Ueber extragenitale Syphilisinfection. (Ein Fall von Ulcus induratum einer Tonsille). (Monatshefte für praktische Dermatologie. Band VII. 1888. № 7).

Verfasser zählt zuerst die in der Literatur angeführten Fälle von extragenitaler Infection auf. Nach Mauriac finden sich in Frankreich unter 1773 Fällen 76 Ulc. indur. (4,3%) ausserhalb der Genitalien; nach Prof. Bogoljubow (Kronstadt) 0,5%, Groedinger (Riga) 1,3%, Petersen selbst nach den Daten aus dem Alexanderhospital im Laufe von 7 Jahren unter 1208 Fällen 23 (1,9%) extragenitale harte Schanker. Dieses die Daten für Männer. Bei Frauen steht die Sache etwas anders. Nach Mauriac kommen bei Frauen in 6,5% extragenitale Ulc. ind. vor, Fournier giebt 4,5% an. Nach Sperck kamen im Kalinkin-Hospital 24,3% mit extragenitaler Infection (hauptsächlich vom Lande zugeschickt) zur Beobachtung. Kobylin (St. Petersburg, Kalinkinambulanz) berechnet 7,8%.

Im Ganzen sind 144 Fälle registrirt. Der Ursprung ist wenig klar; theils widernatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes (in Frankreich scheinbar bedeutend häufiger), theils zufällige Infection durch Küsse, Geschirr etc.

Ferner berührt P. die Frage der Ulcera indur. der Schleimhäute, die viel seltener sind, als die des Integuments und der Uebergangsstellen desselben in Schleimhaut. An der Vaginalschleimhaut sind sie ungemein selten und sehr schwer zu finden. Auch die Portioschanker finden sich äusserst selten, so dass sie von einzelnen Autoren gänzlich geleugnet werden (Després), wohingegen Mraçek 4,7% angiebt.

Das Rectum ist auch nur äusserst selten afficirt. Im Munde kommt das Ulc. indur. hauptsächlich auf der Zunge und dem Zahnfleisch vor. Im Rachen nur sehr selten. Es sind 54 unzweifelhafte Fälle von Rachenschankern verzeichnet. 42 Mal sassen sie auf einer Tonsille. Zur Sicherung der Diagnose dient der Umstand, dass die submaxillaren Drüsen früher und stärker anschwellen, als die axillaren und inguinalen. Aetiologie wie bei den übrigen extragenitalen.

P. fügt einen interessanten Fall von Tonsillenschanker hinzu, in dem beim Manne eine folliculäre Angina der Infection vorangegangen war, welche wahrscheinlich durch die von einem Zahnarzt inficirte Frau, die ein Ulcus indur. des Zahnfleisches aufwiess, dem Manne übermittelt war. Die im VIII. Monat schwangere Frau gebar nach einer Schmiercur ein gesundes Kind, bei welchem 3 Wochen später syphilitische Symptome auftraten (Rhinitis, Papeln); Schmiercur. Nach 4 Monaten ungefähr erkrankte die Amme des Kindes an einem Ulcus induratum der Brustwarze. Somit zog dieser eine Fall 3 weitere extragenitale Erkrankungen nach sich. E. K. (Qu.).

Stabsarzt Hüber (Ulm): Die neue Infectionskrankheit Weil's in der Armee.

Oberstabsarzt Dr. Kirchner (Breslau): Eine Epidemie von fieberhafter Gelbsucht.

Oberstabsarzt Dr. Schaper (Braunschweig): Ein Fall von fieberhaftem Icterus. (Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. 1888. Heft 4 und 5).

Im Jahre 1886 theilte Prof. Weil (Heidelberg) 4 Fälle von fieberhafter Gelbsucht mit, die er als besondere mit schweren nervösen Erscheinungen, mit Schwellung der Milz und Leber, Icterus und nephritischen Symptomen verbundene, aber nach verhältnissmässig kurzer Dauer einen raschen günstigen Verlauf nehmende acute, fieberhafte, eigenartige Infectionskrankheit betrachtet wissen will; die Krankheit trat in der heissen Jahreszeit plötzlich ohne Prodromal-Erscheinungen bei im Mannesalter stehenden Leuten auf. — Nachher berichteten Goldschmidt (Nürnberg) über 1 ähnlichen Fall, Aufrecht (Magdeburg) über 2 Fälle («Acute Parenchymatose» von ihm benannt), E. Wagner (Leipzig) über 2 Fälle. — Stabsarzt Hüber in Ulm beschreibt nun 4 von ihm beobachtete Fälle und führt noch 3 Fälle an, die Stabsarzt a. D. Dr. Lebsanft in Ulm beobachtet hat. Oberstabsarzt Kirchner berichtet über 8, Oberstabsarzt Schaper über einen Fall.

Alle diese Krankheitsfälle stimmen sowohl in ihrem Auftreten wie in ihrem Verlauf mit einander überein; Spirochaëten oder andere specifische Krankheitserreger konnten im Blut nicht nachgewiesen werden. Diese Krankheit ist jedenfalls als epidemische, acute Infectionskrankheit und zwar — nach Vorschlag von Kirchner — als einheimisches Gelbfieber zu bezeichnen, bis es gelingt die Krankheitserreger dieser und ähnlicher Gelbsuchten aufzufinden und damit ihre genauere Gruppirung zu begründen. —i—

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

N. O. Hagmann: Die Semiotik der Orthopaedie. (Семіотика Ортопедіи Н. О. Гагмана. Москва 1888). Aus den Vorlesungen für Studenten der höheren Kurse. 1888. Moskau. 73 S.

In 2 Vorlesungen bespricht Verfasser nach einem kurzen historischen Ueberblick: die Untersuchung des Halses, des Rumpfes, der oberen und der unteren Extremitäten; die Physiologie und Pathologie des Stehens; die Physiologie und Pathologie des Gehens; die Physiologie und Pathologie des Sitzens; die Untersuchung der Gelenke; die Untersuchung des Schuhwerks.

Die Schrift kann allen, nicht nur Studenten sondern auch Aerzten, die sich mit den in derselben besprochenen Anfangsgründen der praktischen Orthopaedie bekannt machen wollen, bestens empfohlen werden; sie liest sich rasch; die Sprache ist bündig, die Erklärungen sind klar, die beigegebenen Zeichnungen sehr erläuternd. Man erkennt, dass der Verfasser sich sein vorzutragendes Thema klar gemacht hat und dasselbe beherrscht. —i—

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Dermatologie in ihrem Verhältnisse zur Gesammtmedicin. Rede gehalten v. Dr. P. G. Unna. Sep.-Abdr. aus d. Berl. klin. Wochenschr. 1887. № 51.

— Ergebnisse der Behandlung von Hautkrankheiten mit Unna'schen Präparaten v. Robert B. Morison M. D., Prof. in Baltimore. Sep.-Abdr. aus der Deutsch. med. Woch. № 21. 1885.

— Om de paa Dr. Unna's «Klinik für Hautkranke» i Hamburg for naewaerende anwendte Behandlungsmaader og hans nyeste dermatologiske Anskuelser. Kd. Dr. Fred. Kittel i Arendal. (Sep.-Aftr. af Medicinsk Rev.).

— Ueber eine neue Art erstarrten Blutserums und über Blutserumplatten von Dr. Unna. (Sonder-Abd. aus Monatshefte f. prakt. Dermatologie, V. Band. 1886. № 9).

— Medicinische überfettete Kaliseifen (Salbenseifen) von Dr. Unna. (Separat-Abdr. aus Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1886. № 8).

— Eine neue Darstellungsmethode des elastischen Gewebes der Haut v. Dr. Unna. (Sonder-Abdr. aus Monatshefte f. prakt. Dermatologie. V. Bd. 1886. № 6).

— Heinrich Auspitz. (Nachruf v. Dr. Unna). Sonder-Abdr. aus Monatshefte f. prakt. Dermatologie. V. Bd. 1886. № 6).

— Die medicamentösen Leime von Dr. Unna. Separat-Abdr. aus d. Aerztlichen Vereinsbl. 1886. № 176.

— Zur Lichenfrage v. Dr. Unna. Separat-Abdr. aus Monatshefte f. prakt. Dermatologie. V. Bd. 1886. № 12.

— Das seborrhoische Ekzem v. Dr. Unna. Sonder-Abdr. aus Monatsh. f. prakt. Dermat. VI. Bd. 1887. № 18.

— Zur Behandlung der Akne von Dr. Unna. Sonder-Abdr. a. Monatsh. f. prakt. Dermat. VII. Bd. 1888. № 1.

— Zur Prophylaxe der Infectionskrankheiten, speciell der Malaria. Vortrag gehalten v. Dr. Lender in Wiesbaden am 24. Sept. 1887. Separat-Abdr. aus d. deutschen Reichs- und königl. preuss. Staats-Anzeiger vom 28. Januar 1888.

— Klinische Zeit- und Streitfragen, herausg. v. Prof. Schnitzler. I. Bd., 5. Heft. Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie von Dr. Maximilian v. Zeissl. 6. Heft. Ueber die Neurosen des Magens von Prof. Dr. Julius Glax. 7.—10. Heft. Ueber Atonie des Magens von Dr. R. Freiherrn von Pfungen. II. Bd., 1. Heft. Gegenwart und Zukunft der Antiseptik und ihr Verhältniss zur Bacteriologie v. Dr. J. Neudörfer. — Wien 1888. Wilhelm Braumüller. Pr. 1 Mk. pro Heft.

— Compendium der Lehre von den frischen subcutanen Fracturen v. Dr. Stetter. — Berlin 1888. Verlag v. G. Reimer. Pr. 2 Mk. 40 Pf.

Bericht über die Sitzungen der russischen medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs.

V. Geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung den 17. März.

1. Dr. S. Polotebnow demonstrirt «eine von ihm modificirte Breuss'sche Zange», (an der die untere mehr an die Lasarewitsch'sche Zange erinnert, während die obere Hälfte nicht verändert worden).

2. Der Secretär verliest eine Arbeit des Dr. Schurinow: «Ascites als Symptom der mehrfachen Drehung des Stieles einer Ovarialcyste. — Diese Mittheilung eines operirten Falles ruft eine *Debatte* hervor, bei welcher Doc. Ott anführt, dass man auch Ascites finde, ohne dass Drehung des Stieles vorliege. Dr. Karejew dagegen hat Drehungen gefunden, ohne dass es zu Ascites gekommen.

3. Dr. A. Solowjew: «Zur Casuistik der diagnostischen Laparotomie bei angeborenen Entwickelungsanomalien der Genitalien». Am 8. October 1887 trat ein 19-jähriges Mädchen in die Klinik des Prof. Slawjanski wegen Amenorrhoe mit ständigen Schmerzen. Die äusseren Geschlechtstheile normal, die Brüste schwach entwickelt. Die Vagina endet mit einem Blindsack, hinter welchem man einen derben Körper und rechts von demselben noch einen fluctuirenden Körper fühlte. Beide sind wenig beweglich. Slawjanski nahm Blutansammlung oberhalb der verwachsenen Vagina an und schritt zur Probe-Laparotomie, da sich nicht bestimmen liess, wo die Blutansammlung stattgefunden. Es erwies sich, dass ein Theil der Vagina verwachsen und oberhalb bedeutend ausgedehnt war. Durch einen Troicart wurde ca. 400 Grm. zum Theil zersetzten Blutes entleert. Die 4 Ctm. lange Bauchwunde heilte per primam und die Stichöffnung zum unteren Theile wurde allmälig erweitert. Am 20. Januar 1888 traten die Menses zum ersten Mal ein, am 7. März zum 2. Male und am 12. März wurde Pat. in gutem Zustande entlassen.

VI. Russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft.

Sitzung den 23. März.

1. Dr. Ratimow: «Ueber die operative Behandlung irreponibeler traumatischer Hüftgelenk-Luxationen». Am 26. April 1887 wurde ein 19-jähriger Bauer in's Alexanderhospital aufgenommen, der sich im Februar eine Hüftgelenk-Luxation zugezogen (L. obturatoria). R. resecirte am 7. Juli und wandte darauf Extension an. Gegenwärtig ist der vorgestellte Kranke genesen und kann ohne Krücken gehen.

VII. Russische syphilidolog. und dermatolog. Gesellschaft.

Sitzung den 26. März.

1. Dr. Goldberg: «Ueber den Einfluss künstlich hervorgerufenen Schweisses und hoher Temperatur auf die Schnelligkeit der Jod-Ausscheidung mit dem Harn». G. hat seine Versuche im weibl. Kalinkinhospital an meist syphilitischen Weibern angestellt, welchen er einige Minuten nach Einnahme von Jodkali (5—10 Gran) Bäder von 30—35° R. zu 20—30 Minuten geben liess. Er hat 20 Versuche gemacht und kam zu dem Resultat, dass bei 12 Personen durch heisse Bäder die Jodausscheidung verlangsamt, bei 3 beschleunigt wurde.

2. Dr. Fedotow: «Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomel-Injectionen». F. hat im Kronstadter Marinehospital 34 Fälle derartig behandelt und ist zu ungünstigen Resultaten gekommen. Im Ganzen hat er 186 Injectionen gemacht und 2 Mal Abscesse, 6 Mal Stomatitis bekommen. Die Calomel-Fälle, selbst wenn es half, verliefen sehr langsam, wiederholt ging er zu Einreibungen über, die dann viel schneller wirkten.

In der nachfolgenden *Discussion* weist Dr. Petersen dem Vortragenden nach, dass er deshalb keine Resultate erhalten, weil er das Calomel via humida paratum benutzt, vor welchem längst von allen Autoren gewarnt worden, weil es sofort die Nadeln verstopft und dann die Injection illusorisch wird. Ferner könne F. garnicht von der Wirkung des Calomels sprechen, weil er sie garnicht abgewartet, sondern oft schon nach einigen Tagen zur Einreibung gegriffen. Ausserdem giebt F. selbst an, dass ein Theil seiner Pat. schlecht genährt, einer sogar tuberculös gewesen. Letzteres ist direct Contraindication zur Calomel-Anwendung, bei Schlechtgenährten muss man erst die Ernährung heben. Somit lässt sich aus F.'s Fällen kein Schluss über den Werth oder Untauglichkeit der Methode ziehen.

Im Alexanderhospital hat Petersen vom 1. Sept. 1886 bis Sept. 1887 400 Syphilitiker mit Calomel-Injectionen behandelt (alle 2 Wochen je 2 Gran, im Ganzen 798 Injectionen) und ausgezeichnete Erfolge erzielt. Wenn er trotzdem zum Hg. oxydat. flav. übergegangen, so ist der Grund, dass Letzteres keine Abscesse giebt, Calomel dagegen ca. 5,2%.

Dr. Tschistjakow und Dr. Reschetnikow sprechen sich ebenfalls für Calomel-Injectionen aus und sind erstaunt über die ungünstigen Resultate Fedotow's, welche Dr. Suchow aus Kronstadt ebenfalls gesehen hat.

Prof. Tarnowski sagte, dass er von so ungünstigen Resultaten zum ersten Male höre. In seiner Klinik habe er nur ausgezeichnete Erfolge gesehen, somit müsse er die Vermuthung aussprechen, ob das Marinehospital in Kronstadt nicht besonders ungünstige Verhältnisse für Hg.-Behandlung überhaupt darbiete.

VIII. Gesellschaft der St. Petersburger Marine-Aerzte.

Sitzung den 8. März.

1. Dr. Murinow demonstrirt 2 Ranzen mit Verbandzeug etc., die bei Landungs-Angriffen den Schiffsärzten alles Nöthige bieten sollen.

Dieselben sind im Auftrage des Marine-Obermedicinalinspectors

construirt, da die bisherigen Ranzen der gegenwärtigen Wissenschaft nicht mehr entsprechen.

2. Dr. Slunin: «Ueber die Heizer-Abtheilung auf der Fregatte „Wladimir Monomach" und über die hygienischen Verhältnisse bei der Arbeit der Heizer». Er kommt zum Schlusse, dass die Ventilation eine ungenügende und die Heizer an chronischer CO-Vergiftung leiden.

Sitzung den 22. März.

1. Dr. Grau: «Ein Fall von Morbus Brighti mit bei Lebzeiten nicht diagnosticirtem Aneurysma Aortae abdominalis».

Dr. Uskow demonstrirt das Präparat des Letzteren.

Dr. Kwizinski bemerkt zu diesem Falle, dass die beständige Beschäftigung mit Pyroxilin (Pat. war Besitzer einer derartigen Fabrik) nicht ohne Einfluss gewesen und in der Aetiologie eine Rolle gespielt haben kann.

2. Dr. Uskow berichtet über die «Wirkung der Tinct. Strophanthi auf die Nieren». Bei Fütterung von Thieren mit kleinen Dosen erhielt man bereits degenerative Veränderungen des Nierenparenchyms, selbst fettige Degeneration. U. warnt daher vor dem Gebrauch dieses Mittels.

3. Dr. Glowezki spricht über das Resultat seiner Beobachtungen «über die physiologische Wirkung der Unterleibs-Massage» (der Blutdruck in der Carotis und in den Femorales wird gesteigert).

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. Februar 1888.

1. Dr. F. Schultz berichtet aus der forensischen Praxis: «Ueber Tod durch Carbolsäurevergiftung»[1]). Am 18. December 1887 gelangte zur gerichtlichen Section die Leiche des Handlungscommis E. K. Derselbe, 40 Jahre alt, hatte nach Angabe der Verwandten sich stets eines guten Gesundheitszustandes erfreut, selbst der gewohnheitsmässige Abusus spirituosorum hatte bislang keinen auffallend schädlichen Einfluss ausgeübt. Am 16. December war er schwer betrunken nach Hause gekommen, war sehr unruhig gewesen, und hatte gedroht, sich und seine Umgebung umzubringen. In diesem Zustande war er gegen Abend von dem die an Scharlach erkrankte Haushälterin besuchenden Arzte gesehen worden. Kurze Zeit darauf vernahmen die im Krankenzimmer versammelten Hausgenossen einen aus dem Zimmer defuncti herschallenden starken Lärm, wie von dem Fallen und Umsichschlagen eines schweren Körpers. Die sofort hinzugeeilten Hausgenossen fanden Def. sprachlos, laut röchelnd auf der Diele liegend. Der aus dem gegenüberliegenden Hause sogleich herbeigerufene Arzt fand Def. bereits todt. Der Tod war etwa 20 Minuten, nachdem der Körper durch Hinfallen den erwähnten Lärm verursacht hatte, eingetreten. Auf der Kommode des Zimmers fand man 2 entkorkte Fläschchen, eines mit Eau de Cologne, halbgeleert, das andere etwa eine Unze reiner Carbolsäure enthaltend. Letztere war in einer Menge von 2 Unzen Tags zuvor vom Arzte zur Desinfection des Krankenzimmers verschrieben, und zum Theil (mindestens einmal ein Theelöffel voll auf eine Flasche Wasser) auch dazu verbraucht worden. Wieviel hierzu verwandt worden, liess sich nicht feststellen.

Bei der am 17. December 1887 vorgenommenen Localinspection erwies sich das Zimmer, in dem die Leiche lag, in grösster Unordnung. Die Leiche lag in Rückenlage auf der Diele (unter den Kopf war ein Kissen geschoben worden), die Beine gestreckt, die Arme leicht gebeugt, bekleidet mit einem vollständig auseinandergeschlagenen Schlafrock, weissleinenen, vorne bis auf die Brust hinaufgeschobenen Nachthemde, weissleinenen Unterhosen, weissbaumwollenen Socken, an einem Fusse ein Filzstiefel, der andere Filzstiefel lag neben dem Kopfe, unweit davon die goldene Brille. Aus dem Sectionsprotokoll ist zu entnehmen: Gut genährte, etwas pastöse Leiche, vollkommen ausgebildete Todtenstarre, Leichenflecke auf dem Rücken, den Schultern und um den Hals; allgemeine Hautfarbe blassrosa, deutliche Gänsehaut an Brust, Bauch und Extremitäten. Pupillen erweitert, gleich. Lippen blassbläulich, etwas betrocknet, keine Spur von Verschorfung, auch nicht in der Mundhöhle; aus der Harnröhre lässt sich samenähnliche Flüssigkeit ausdrücken. Finger- und Zehennägel, sowie Ohrmuscheln bläulich. *Schädelhöhle*: Weiche Schädeldecken blass. Knochen heil. Diploe stark injicirt. Im Längsblutleiter ein wenig sehr dünnflüssiges, dunkles Blut. Nach Entfernung der stark gespannten Dura entleert sich etwas röthliches Serum; Pia trübe, sichtlich durch Flüssigkeit von der Hirnsubstanz abgehoben. Beim Abziehen der Pia, die beträchtlich serös infiltrirt erscheint, ergiesst sich eine leicht getrübte, röthliche seröse Flüssigkeit sowohl nach aussen, als auch zwischen die Hirnwindung. Deren Oberfläche vollkommen glatt. Hirnsubstanz serös durchfeuchtet, auf Durchschnitten leicht röthlich; Blutpuncte spärlich, vergrössern sich nicht; graue Substanz dunkel. In jedem Seitenventrikel je eine Drachme leicht blutig gefärbten Serums. Adergeflechte blutreich. Wandungen der Gefässe an der Basis verdickt, besonders der linken Art. fossae Sylvii. *Halsorgane*: Zunge stark belegt. Schleimhaut der Gaumenkörper, des (an der Spitze gespaltenen) Zäpfchens und des Kehldeckels leicht geschwellt, Schleimhaut der Speiseröhre blass, glatt, keine Spur einer Verletzung oder Schorfbildung. Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre blauroth, mit einer dicken Schicht schaumigen Schleimes belegt; auch hier keine Verschorfung. *Brusthöhle*: Kein fremder Inhalt. Linke Lunge leicht, rechte total fest verwachsen; die Oberlappen fühlen sich fest an, ihre Oberfläche von derben Narben durchfurcht, die sich bis tief in's Lungengewebe hinein fortsetzen, zwischen ihnen verkalkte Knötchen bis Erbsengrösse; keine käsigen Herde, Luftgehalt gering, Blutgehalt mässig. Unterlappen umfangreich, gleichmässig elastisch, mit mässigem Blutgehalt; auf Druck entleert sich röthlicher feinblasiger Schaum. Herz 11, 11, 5½, stark mit Fett bewachsen, im rechten Ventrikel ein kleines farbloses Gerinnsel, sonst nur wenig flüssiges Blut enthaltend. Ostien durchgängig, Klappen zart, schlussfähig, links Ventrikelwand 20 Mm. stark. Faserung deutlich. *Bauchhöhle*: Kein fremder Inhalt. Situs viscerum normal. Milz 14, 8, 2½. Kapsel grau, gerunzelt. Gewebe etwas morsch, Blutgehalt gering. Nieren 12, 5, 3, Kapsel leicht trennbar. Substanz blutreich, sonst Zeichnung normal. Harnblase enthält etwa 200 Ccm. leicht getrübten, gelblichröthlichen Harn. Schleimhaut blass. Leber 25, 18, 15, 7½. Kapsel glatt, Gewebe braungelblich, Zeichnung sehr undeutlich, Blutgehalt gering. Magen unter dem Rippenbogen verborgen, erscheint klein, derb anzufühlen, blassgelblich, leer. Nach Eröffnung deutlicher Geruch nach Carbolsäure. Die ganze innere Magenwand, von der Cardia bis zum Pylorus erscheint in nebeneinander einer imaginären Längsaxe parallel verlaufende Falten geordnet, diese Falten sind in der Mitte ihres Verlaufes etwa kleinfingerdick und von einer verschorften, nur wenig injicirten Schleimhaut bedeckt. Der Schorf präsentirt sich als eine gleichmässig flache, fein krümelige, nicht abstreifbare Masse, von blasser gelblichweisser Farbe. Die Verschorfung erstreckt sich weder über die Cardia hinaus in die Speiseröhre, noch findet sie sich im Zwölffingerdarme, in dem die Schleimhaut nur stark injicirt und leicht getrübt erscheint. Sonst bietet der ganze Darm, sowie der Darminhalt nichts Bemerkenswerthes.

Es werden in üblicher Weise verpackt: 1. Magen, 2. Darm, 3. Darminhalt, 4. Stücke von Herz, Niere und Leber, 5. der Harn, und der Livl. Med. Abth. behufs gerichtl.-chemischer Untersuchung vorgestellt. Diese ergab Anwesenheit von Carbolsäure im Magen, während in den übrigen Organen, auch im Darminhalt und im Harn Carbolsäure nicht nachgewiesen werden konnte.

Es hatte also zweifellos bei Lebzeiten eine Einführung von Carbolsäure stattgefunden, und war dieselbe auch die Todesursache. Wenn auch, abgesehen von den Veränderungen des Magens, der übrige Leichenbefund genügen würde, um den Tod als in Folge übermässigen Alcoholgenusses eingetreten zu erklären, so sind die — allerdings höchst dürftigen — Mittheilungen über die dem Tode vorhergegangenen Ereignisse, das plötzliche Hinfallen, das Umsichschlagen (wohl Krämpfe), die plötzliche allgemeine Lähmung, geeignet, die Annahme einer Alcoholintoxication, bei welcher sich die Lähmungserscheinungen doch mehr allmälig herausbilden, als hinfällig erscheinen zu lassen.

Was nun zunächst die Menge der eingeführten Carbolsäure betrifft, so ist dieselbe auf höchstens 7 Drachmen zu schätzen, eine Dose, die unter dem von Schuchardt angegebenen letalen Minimum von 30,0 noch zurückbleibt. Nichtsdestoweniger trat der Tod ein, und zwar nicht durch Aufnahme der Carbolsäure in das Blut, sondern wohl durch Choc, der reflectorisch von den hochgradig gereizten Endigungen der Magennerven ausgelöst wurde. Dieser Schluss wird nahegelegt, da es der chemischen Untersuchung nicht gelang, anderweitig als im Magen die Gegenwart von Carbolsäure nachzuweisen. Auch der längere Zeit nach der Section behufs weiterer Beobachtung aufbewahrte Harn zeigte nicht die charakteristischen Veränderungen.

Im höchsten Grade auffallend ist die Unversehrtheit der Schleimhaut in Mund, Rachen und Speiseröhre, welche eine Menge von Carbolsäure, die das Innere des Magens vollständig zu verschorfen genügte, passiren lassen konnte, ohne auch nur irgend wo eine Spur von Trübung zu zeigen. Die im Rachen gefundene Lockerung der Schleimhaut ist entschieden als Product eines älteren chronischen Catarrhs anzusehen, und es mag wohl als Product desselben, eine, wenn auch noch so dünne Schleimschicht bei der gewiss nur augenblicklichen Berührung die Schleimhaut vor einer tiefer gehenden Beschädigung geschützt haben.

2. Dr. Voss: «Emphysem bei Fractur des Felsenbeins und Rindenverletzung». Pat. (im hiesigen Krankenhause) wies nach einem Sturz von einem 3 Stock hohen Baugerüst nur eine Parese des rechten Armes und Beines und Emphysem am rechten Process. mast. auf. Keine Bewusstlosigkeit, Kopfschmerz, Erbrechen. Emphysem am 3. Tage geschwunden, Parese wenig später. Bei bis auf 56 sinkendem Pulse (intracranieller Bluterguss?) entwickelte sich nun eine bleibende Paralyse der unteren Zweige des rechten Facialis und eine 12 Stunden anhaltende Parese des rechten Abducens. Augenhintergrund normal. Am 20. Tage Neuritis resp. Stauungspapille constatirt. Vortr. nimmt an, dass die Fractur durch's rechte Felsenbein bis auf's Emphysem symptomlos geblieben, ohne dieses nicht zu diagnosticiren gewesen wäre. Die übrigen Erscheinungen bezieht er auf ein Trauma der Rinde der linken Hemisphäre. Als Analogon zur theilweisen Facialisparalyse referirt Vortr. über einen Fall, wo nach Schlägen auf den Kopf eine Fissur des rechten Scheitelbeines mit Aphonie u. Paralyse der unteren Facialiszweige constatirt wurde. Nach 8 Tagen traten hier Spasmen im gelähmten Gebiete ein, die im

[1]) Das Präparat wurde demonstrirt in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga in der Sitzung vom 3. Februar 1888.

ersten Falle fehlten. Diese Fälle sprechen vielleicht für isolirte Lage der Centren des oberen und unteren Facialis.

3. Dr. Gaethgens berichtet über 2 von ihm mit dem in Sayre-scher Schwebe angelegten Gypscorsett behandelten Fälle von congenitaler Luxatio femoris (in einem Falle doppelseitig). Die Resultate waren gut. Das Gypscorsett mache Achselstützen entbehrlich und könne von jedem Arzt angelegt werden, nur müsse es tief hinabreichen, über dem Trochanter gleichsam eine Kappe bilden.

Dr. Thilo: Auch sein Apparat könne von jedem Arzte angelegt werden; die Achselstützen würden immer gut vertragen.

Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

Vermischtes.

— *Verliehen*: Der Stanislaus-Orden III. Classe dem stellv. Illuxt'schen Kreisarzt Dr. Johnas.

— *Ernannt*: Die wirkl. Staatsräthe: Dr. med. Seland, Gebietsarzt des Ssemiretschje-Gebiets — zum Gehilfen des Bezirks-Militär-Medicinalinspectors des Militärbezirks Turkestan, und Kobylin, Consultant des St. Olga-Hospitals — zum Arzt der Kanzlei des Kriegsministeriums. — Geheimrath Dr. med. Wilczkowsky, fr. Gehilfe des Dirigirenden des Hof-Medicinalrathes — zum Gehilfen des Inspectors des Medicinalwesens des Ministeriums des Kaiserlichen Hofes.

— *Enthoben*: Geheimrath Dr. med. Wywodzew, berathendes Mitglied des Militär-Medicinischen Gelehrten-Comités — seiner Stellung als Bezirks-Hofmedicus, anlässlich der Reorganisation des Hof-Medicinalwesens.

— *Ausser Etat gesetzt*: Die wirkl. Staatsräthe: Bezirks-Hofmedici Girenko und Higginbotham und Dejour-Hofmedicus Markus — wegen Aufhebung der genannten Stellungen.

— Der bisherige Secretär der St. Petersburger Medicinal-Verwaltung, Dr. Sachnowski, bekannt durch seine aufopfernde Thätigkeit in der ärztl. Unterstützungs-Casse verlässt leider St. Petersburg, da er zum Gouvernements-Medicinal-Inspector von Astrachan ernannt worden. An seine Stelle als Secretär tritt der bisherige Polizeiarzt Dr. Popow.

— Der Assistent am pharmakol. Institut zu Dorpat, Dr. med. Stanislaus Zaleski, ist zum ordentl. Professor der Chemie und medic. Chemie an der Universität Tomsk ernannt worden. (N. D. Z).

— In Berlin sind für das Studienjahr 1888/89 am 1. August zum Rector magnificus der Geheime Medicinalrath Prof. Dr. Gerhardt, zum Decan der medic. Facultät der Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Waldeyer gewählt worden. — Wie im vergangenen Jahre, stand auch diesmal wieder Virchow — neben Gerhardt — zur Wahl, doch fand derselbe nicht die genügende Unterstützung. Allgemein wird die Wahl Gerhardt's als eine Anerkennung der würdigen Haltung desselben während der Krankheit weiland Kaiser *Friedrich*'s angesehen. Seit 1882, seit du Bois-Reymond's Rectorat, ist kein Mediciner Rector der Berliner Universität gewesen.

(Allg. med. Centr.-Z.)

— Die Wittwe des verstorbenen Prof. emer. wirkl. Staatsraths Georg Adelmann hat an Dr. E. Moritz ein Schreiben gerichtet, in welchem sie dem Gefühl warmer Dankbarkeit Ausdruck giebt für den Antheil, den ihres Mannes frühere Zuhörer in St. Petersburg durch die Uebersendung einer wundervollen Kranzspende bei der Trauerfeier und Bestattung seinem Gedächtniss gewidmet haben. Sie bittet ihren Dank den betheiligten Herren Collegen zu übermitteln und giebt der Versicherung Ausdruck, dass ihres Mannes lebendigste und glücklichste Erinnerung bis zu seiner Todesstunde seiner Lehrthätigkeit in Dorpat und seinen Schülern gehört hat.

— *Verstorben*: 1) Dr. med. Staatsrath Tscherepnin, Arzt der Gesandtschaft zu Teheran. 2) Der ältere Ordinator des Katharinen-Asyls in Moskau Lawrow. 3) Der Kreisarzt des Gorochowetzki'schen Kreises (Gouv. Wladimir) Bolotnikow. 4) Der ältere Arzt des Ufim'schen Gouvern.-Landschafts-Hospitals Boretzki. 5) Der Landarzt des Duben'schen Kreises (Gouv. Wolhynien) Lipinski. (Wr. 29).

— *Verstorben*: 1) Der ehemalige Prosector an der Universität Freiburg, Prof. Dr. Paul Langerhans, im 40. Lebensjahre in Funchal auf Madeira an Tuberculose. Schon mit 19 Jahren, als Student, publicirte er seine erste wissenschaftliche Arbeit über die Nerven der menschl. Haut, der später hervorragende Arbeiten auf dem Gebiete der Anatomie und Entwickelungsgeschichte folgten. Nach einer Reise nach Syrien und Palästina veröffentlichte er Studien über die Lepra in Jerusalem, Schädelmessungen an Beduinen und Fellachen und anderes Anthropologische. 1871 trat er als Privatdocent und Prosector an der Universität Freiburg ein, musste aber schon 1875 diese Stellung aufgeben und aus Gesundheitsrücksichten nach Madeira übersiedeln. Dort schrieb er ein Handbuch über Madeira und Studien über Lepra und Schwindsucht. 2) In Wien am 29. Juli der ehem. Prof. der Staatsarzneikunde an der dortigen Universität, Dr. Johann Dlauhy, im 82. Lebensjahre. D. war ein Schüler und Studiengenosse Skoda's und gehörte seiner Zeit zu den hervorragenden Mitgliedern der Prager med. Facultät, welche in den vierziger Jahren nach Wien berufen wurden und den Ruhm der alten Wiener med. Schule begründeten. Er hatte den Lehrstuhl in Wien von 1848—78 inne. — Er hat wissenschaftliche Arbeiten über Erkrankungen des Herzens und forensische Pathologie veröffentlicht.

(Allg. med. Centr.-Z.)

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 17. Juli d. J. 5251 (113 weniger als in der Vorwoche), darunter 284 Typhus- (34 weniger), 476 Syphilis- (25 weniger), 47 Masern- (15 weniger), 26 Scharlach- (1 weniger), 24 Diphtherie- (gleich der Vorwoche) und 2 Pockenkranke (3 weniger als in der Vorwoche).

— Die *Pockenepidemie* im Fellin'schen Kreise (Livland) ist fast ganz erloschen; am 5. Juli waren noch 6 Pockenkranke vorhanden. Insgesammt erkrankten im verflossenen Halbjahr 493 Personen an den Pocken; davon genasen 395, starben 92 (= 18,4 %). Mithin war die Sterblichkeitsziffer eine relativ geringe. (Fell. Anz.)

— Nach Liebreich wird Lithium carbonicum am besten mit starkem kohlensäurehaltigen Wasser verordnet, etwa gr.j vom Salze mit gr. XV Zucker auf 1 Weinglas Selters- oder Sodawasser Hz.

— In Brooklyn hat sich eine medicinische Hülfsgesellschaft gebildet, welche eine Scala von wöchentlichen, monatlichen und quartalen ärztlichen Gebühren je nach dem Alter und der Zahl der Familienmitglieder bei den Patienten aufgestellt hat und eine rasche Eintreibung dieser Zahlungen anstatt des gewöhnlichen Honorars bewerkstelligt.

(New-York Med. Record. 20 V. 1888). Hz.

— In *England* und *Wales* beträgt die *Gesammtzahl der Aerzte* 16,930, so dass 1 Arzt auf 1662 Einwohner kommt. Die meisten Aerzte hat *Brighton*, wo 1 Arzt auf 727 Einwohner entfällt, dann folgt *London*, wo 1 Arzt auf 939 Einwohner und hierauf *Salford*, wo 1 Arzt auf 3905 Einwohner kommt. Seit dem Jahre 1881 hat die Zahl der Aerzte in England um 21,7% zugenommen. — In *Frankreich* dagegen beläuft sich die Zahl der gegenwärtig *prakticirenden Aerzte* auf 11,995, ausserdem practiciren 2799 *Sanitätsofficiere*; auf *Paris* allein entfallen 2188 Aerzte und 183 Sanitätsofficiere. — Die Zahl der Hebammen beläuft sich auf 13,610.

— *Spritzen* (namentlich solche zu subcutanen Injectionen), deren Canüle so verstopft ist, dass man nicht einen feinen Draht durch dieselbe ziehen kann, können *gereinigt* werden, indem man sie einen Moment über die Flamme hält; die fremde Substanz wird schnell ausgetrieben oder zerstört. Wenn ein Draht in der Nadel eingerostet ist, so tauche man sie, um den Draht entfernen zu können, in Oel und halte sie über die Flamme. Um den Rost aus dem Innern der Canüle zu entfernen, ist es gut, Oel durch die Canüle durchzuziehen und sie sodann zu erhitzen. Hierauf spüle man mit Alcohol aus und die Nadel ist zum Gebrauch fertig.

(New. Engl. Monthl. — D. Med. Z. — Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— Die *Frage, ob der Kropf erblich sei*, beantwortet Dr. Allen Thomson Sloan bejahend. In 12 Fällen war der Kropf 8 Mal erblich. Oft ist er nicht nur erblich, sondern auch angeboren.

(Brit. Med. Journ. — Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 10. bis 16. Juli 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
284	256	540	118	62	114	21	10	12	48	38	37	32	22	18	5	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 29, Scharlach 13, Diphtherie 12, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 7, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 126, Todtgeborene 28.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	8.—14. Juli	2520	30,6	—	1288	15,6
Paris	2 260 945	8.—14. Juli	1121	25,0	81	844	19,4
Brüssel	181 270	1.—7. Juli	95	27,3	6	55	15,8
Stockholm	221 549	1.—7. Juli	128	30,0	2	100	23,5
Kopenhagen	300 000	11.—17. Juli	204	35,3	11	98	16,9
Berlin	1 414 980	8.—14. Juli	887	32,6	43	629	23,1
Wien	800 836	8.—14. Juli	454	29,4	30	337	21,8
Pest	442 787	1.—7. Juli	332	38,9	31	280	32,9
Warschau	444 814	8.—14. Juli	238	27,8	11	223	26,0
Odessa	268 000	8.—14. Juli	—	—	3	164	31,5
St. Petersburg	732 881	15.—21. Juli	415	29,4	20	433	30,7

Annahme von Inseraten ausschliesslich im Central-Annoncen-Comptoir von Friedrich Petrick
St. Petersburg, Newsky-Prospect 8.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17. L. Haus 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская 43 кв. 20.
*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 12, Quart. 22.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5. лин. и Академ. переул. д. 1/6 кв. 21.
Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.
T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул. № 23.
Wilhelmine Hensel, В. О. 17 лин. д. № 12 кв. 13.
Августа Федоровна Кауфманъ, по Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22 кв. 9.
Луиза Карловна Мертке, Горохов. ул., д. 42 кв. 28.
И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22 кв. 28.
Amalie Ritter, В. О. 17 л. д. 12 кв. 37.
Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер, д 7 кв. 12.
E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
П. Эйрихъ, Невск. просп. д. 88 кв. 10.
Amalie Schulze, Alexander-Platz H. 6. Qu. 53.
A. Schönfeldt, В. О. 12 лин. д. 17 кв. 2.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE.

Natürliches abführendes Bitterwasser wirkt nach vorliegenden Gutachten der ersten ärztlichen Autoritäten **mild, zuverlässig, prompt und ohne nachtheilige Folgeübel.** Als Normal-Dosis genügt ein halbes Wasserglas voll. 99 (2)

Verkauf überall.

DIRECTION IN BUDAPEST.



Zu haben in allen Droguen-, Wein- und Frucht-Handlungen, Hotels und Restaurants. 8 (1)

Heilanstalt für
Nervenkranke
zu Bendorf am Rhein.
Das ganze Jahr geöffnet.
Prospecte. 21 (6)
Dr. Erlenmeyer.

КАЛЕНДАРЬ БЕРЕМЕННОСТИ.

ТАБЛИЦА ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНІЯ ВРЕМЕНИ РОДОВЪ.

Д-ра Мед. Я. Дедюлина.

Цѣна 30 коп., а съ пересылкою 40 коп.
Продается у автора (Спб. Невскій пр., № 59) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

RETTIG-SYRUP MIT JOD

von Grimault & Cie.
(In Russland erlaubt).

Der jodhaltige Rettigsyrup wird anstatt des Leberthrans gebraucht, sein Hauptbestandtheil ist der Saft der Kresse, des Rettigs und anderer antiscorbutischer Pflanzen, deren Wirksamkeit in der ganzen Welt bekannt ist. Dieses Präparat wird vom Magen und Darm gut vertragen.
Jeder Löffelvoll enthält 5 Centigr. Jod; die Dosis ist ein Löffelvoll Morgens und Abends; für Erwachsene 3 bis 4 Löffel.
Depot in Paris, 8, Rue Vivienne; Verkauf in allen Apotheken des russischen Reiches. 16 (6)

SAXLEHNER'S BITTERWASSER

«Hunyadi János-Quelle»

Eigenthümer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgatif durch folgende Vorzüge aus:

Prompte, sichere Wirkung.

Milder Geschmack. — Geringe Dosis.
Zu haben bei den Droguisten & Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen 32 (6)
«Saxlehner's Bitterwasser».



ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.
Central-Dépot von Verband-Waaren.
Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.
Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.
Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.
Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc. 6 (17)

Curort **SALZBRUNN**, Schlesien.
Cursaison vom 1. Mai bis Ende September.

OBERBRUNNEN

(seit **1601** medicinisch bekannte alkalische Quelle ersten Ranges.)
Ausgezeichnet durch Wohlgeschmack und Haltbarkeit. Gegen Erkrankungen der Lungen, des Halses, der Harnorgane, Gicht etc. —
Versand zu jeder Jahreszeit durch 10 (11)
Salzbrunn i. Schl. **Furbach & Strieboll.**

Дозв. ценз. Спб. 29. Іюля 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.» Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 32. St. Petersburg, 6. (18.) August **1888.**

Ein Beitrag zur Beurtheilung der osteoplastischen Fussresection nach Wladimirow-Mikulicz.

Von

Dr. R. Butz.

Die Anregung zu Vorliegendem gaben 2 Fälle von *Ostitis tarsi tuberculosa*, die ich Gelegenheit hatte im hiesigen Maria-Magdalenenhospital nach obiger Methode zu operiren. Da der Doppelname sowohl dies- wie jenseits der Landesgrenze sich keineswegs allgemein eingebürgert zu haben scheint, so erlaube ich mir zuerst Geschichtliches zu recapituliren.

Fünfzehn Jahre sind es her, dass Wladimirow auf dem Aerztecongress in Kasan einen Kranken demonstrirte, dem er im Jahre 1872 den Tarsus nach einer neuen Methode resecirt hatte. Der Kranke hatte an Caries des Talus und Calcaneus nebst Geschwüren an der Innen- und Aussenseite des hinteren Theiles des Fusses gelitten. Durch eine typische Resection im Gesunden hatte Wladimirow alle erkrankten Theile entfernt und den vorderen gesunden Abschnitt des Fusses erhalten. Er hatte die Gelenkfläche der Unterschenkelknochen, den Talus, Calcaneus und eine hintere Scheibe vom Os naviculare und cuboid. ausgesägt und die beiden Sägeflächen in voller Spitzfussstellung aufeinandergefügt. Seinem Beispiele scheint nur ein Zeitgenosse (Ssavosticky) gefolgt zu sein. Letzterer veröffentlichte einen Fall in dem I. Bd. d. Annalen d. chir. Gesellsch. in Moskau. Von dem Zeitpuncte bis zum Jahre 1885 finden wir keinen Fall in unserer einheimischen Literatur verzeichnet. Die Operation scheint keinen Anklang gefunden zu haben und war der Vergessenheit anheimgefallen. Wohl erinnerte man sich ihrer, als 8 Jahre später Mikulicz in seiner Mittheilung «Eine neue osteoplastische Resectionsmethode am Fusse» ein Verfahren publicirte, welches mit dem Wladimirow'schen fast vollkommen identisch war. Es war dasselbe selbständig, gewissermaassen zum 2. Male von Mikulicz erfunden worden. Im Auslande fand die Operation gute Aufnahme und von der Zeit an mehrten sich die casuistischen Beiträge.

Die Prioritätsrechte von Wladimirow wurden bekanntlich von Sklifassowski auf dem internationalen Congresse zu Kopenhagen verfochten. Selbstverständlich wurden sie anerkannt und von Niemandem bereitwilliger, wie mir scheint, als von Mikulicz [1]) selbst. In einem Aufsatze: «Zur Prioritätsfrage der osteoplastischen Resection am Fusse» machte er nur auf einen wesentlichen Unterschied zwischen Wladimirow und ihm in dem Plane und in der Ausführung der Operation aufmerksam. Nach W. soll die operirte Extremität unter keiner Bedingung länger sein als die gesunde, besser wenn der *künstliche Pes equinus* um 4 Ctm. kürzer ist als das gesunde Bein. W. meint, da der Pat. nicht im Stande ist, die Zehen im rechten Winkel abzubiegen, so müsste er auch bei gleicher Länge der operirten und gesunden Extremität auf jeden Fall mit Hilfe einer Unterlage gehen, wodurch das operirte Bein länger und der Kranke im Gehen gehindert würde. Bei M. ist das resecirte Bein um 1—2 Ctm. länger, die Zehen werden dorsalwärts bis zum rechten Winkel flectirt, so dass der Kranke beim Gehen sich auf die Köpfchen der Metatarsalknochen stützt, der erzielte Resectionsstumpf gewissermaassen ein lebendiger Stelzfuss wird (Adelmann).

Unsere Fälle waren folgende:

I. 28-jähriger Bauer. Trat in die chirurg. Abtheilung des Maria-Magdalenenhospitals am 5. October 1887. Hereditär nicht belastet. Vor ungefähr 12 Jahren bemerkte er eine Schwellung in der Gegend des linken Fussgelenkes. Lag dazumal im Hospital, liess sich aber ungeheilt ausschreiben. Sein Zustand war bald besser, bald schlechter. Abscesse brachen auf, Fisteln eiterten eine Zeitlang und schlossen sich wieder, dann konnte Pat. zur Noth wieder arbeiten. Stat. präs. Pat. gut gebaut, blass, etwas abgemagert. Der Fuss in leichter Equinusstellung, unbeweglich, passive und active Beweglichkeit fast 0. Die Gegend des Calcaneus und das untere Ende der Tibia in hohem Grade verbreitert. Die Haut hinter und zu beiden Seiten der Malleolen bläulich verfärbt, verdickt, theilweise in derbes Narbengewebe umgewandelt. Zu beiden Seiten der Malleolen und etwas hinter den unteren Enden derselben mehrere

[1]) Arch. f. klin. Chir. XXXIII, pag. 224

Fisteln. Die Sonde dringt in den Calcaneus und den hinteren Theil des Talus, entsprechend dem unteren Sprunggelenk; eine Fistel führt zur Tibia. Spontan ziemlich bedeutende Schmerzhaftigkeit, auf Druck keine besondere. Die inneren Organe gesund. Am 15. Oct. 87 Resection nach W l a d. - M i k. Typische Schnittführung. Seitenlage des Kranken. Der Calcaneus fast bis zum 2fachen seines gewöhnlichen Volumens vergrössert. Im Centrum ein grosser Sequester in stinkender, schmutzig grünlicher Jauche gebettet. Der Knochen rund herum zum Theil erweicht. Miterkrankung des unteren Sprunggelenks. Ein kleiner tuberculöser Herd im unteren Theil der Tibia. 24. Oct. Erster Verbandwechsel. Der Vorfuss ödematös. Eiterung aus allen Stichcanälen. In der Tiefe der Wunde mortificirtes Gewebe. Profuse Eiterabsonderung. Offenhalten der ganzen Wundhöhle, fast täglicher Verbandwechsel (feucht-antiseptisch). 5. Nov. 87. Die ganze Wunde hat sich gereinigt, granulirt gut. Um die Spitzfussstellung dauernd zu erhalten und doch jeden Tag den Verband wechseln zu können, wurde die Extremität in eine dem gegebenen Falle entsprechend construirte Eisenblechschiene gelagert. Ein beweglicher Fuss resp. Zehentheil ermöglichte die Dorsalflexion der Zehen später allmälig auszuführen. 25. Dec. 87. Alles vernarbt. 1. Januar 1888 Wasserglasverband mit Holzschiene. Pat. geht mit Krücken. Er kann schmerzlos auftreten. 1. Febr. 88. Er bekommt einen Gypsverband. Pat. geht ohne Krücken mit einem Stock. 1. März 88 bekommt Pat. einen einfachen Stiefel ohne Vorfuss, mit 2 seitlichen Stahlschienen. In demselben geht er leicht und rasch ohne jegliche Stütze. Barfuss braucht er einen Stock. Arbeitsfähig entlassen den 26. März 88. Pat. stellte sich wieder vor am 20. Juni 88. Die Verwachsung der Knochenflächen ist eine bedeutend straffere, die Narbe fest. *Pat. kann jetzt auch barfuss ohne jede Stütze gehen*, trotz der bestehenden, wenngleich viel geringeren Beweglichkeit des künstlichen Spitzfusses. Sein Allgemeinbefinden hat sich bedeutend gebessert. Keine merklichen Sensibilitätsstörungen. Keine trophischen Störungen. Die Gehfläche beträgt 51,8 □Ctm. Die Verlängerung des operirten Beines 1,5 Ctm.

II. 17-jähriger Kleinbürger. Hereditär belastet und unter ungünstigen Verhältnissen aufgewachsen. Uebrigens bis vor 3 Jahren angeblich immer gesund gewesen. Bemerkte vor ca. 3 Jahren eine Schwellung am Fusse. Ist behandelt und 2 Mal operirt worden. Das erste Mal wurde der erkrankte Knochentheil mit dem scharfen Löffel ausgeschabt, das 2. Mal ein grosser Theil des Calcaneus resecirt. Keine Heilung. Pat. wurde zur Aufbesserung seines Allgemeinzustandes im Mai 87 in's Dorf geschickt. Im Sept. 87 kehrte er nach Petersburg zurück und trat in die chirurg. Abtheilung des Maria-Magdalenenhospitals. St. präs. Pat. höchst anämisch, schlecht genährt, abgemagert. Der linke Fuss etwas plantarflectirt. Die Umgebung der Malleolen beträchtlich geschwollen, namentlich nach unten zu und zu beiden Seiten der Achillessehne. Bewegungen im Sprunggelenke behindert und schmerzhaft. Pat. ist nicht im Stande aufzutreten. 3 Ctm. unter dem Malleolus ext. eine Fistel von echt fungösen Granulationen umgeben. Profuse Eiterung. Schmerzpuncte am Calcaneus und entsprechend dem Sinus tarsi. Ausserdem hat Pat. noch einen Congestionsabscess am Rücken. Inneren Organe gesund. Incision und Ausschabung der Abscesshöhle. Heilung der Wunde Anfang Februar 88. In Anbetracht der Erfolglosigkeit der vorhergehenden Operationen am Fusse, wurde beschlossen die W l a d. - M i k u l.'sche Resection auszuführen, in der Hoffnung, durch Schnitte im Gesunden den Krankheitsherd radical zu entfernen. 14. Febr. 88. Typische Schnittführung. Blutleere. Seitenlage des Kranken. Möglichst genaue Adaption der Knochensägeflächen. Unterbindung der sichtbaren Lumina, der A. tib. post., plant. ext. und int. Weichtheile durch Knopfnähte geschlossen. Keine Drains. Verband, Jodoformmarly und mit Sublimatholzwolle gefüllte Sublimatmarlysäcke. (Letztere ersetzen beim ersten Verbande jede Schiene. Durch entsprechende Anwendung von Säcken verschiedener Grösse und Form ist man im Stande den Verband so anzulegen, dass das Dorsum einen geringeren Druck erleidet, als die übrigen Theile des operirten Fusses. Ist der Verband beendet, wird der Schlauch gelöst. Das Bein wird hoch gehalten und in der ersten Zeit die Femoralis comprimirt. Erst am Abend ca. 12 Stunden nach der Operation wird das Bein etwas niedriger gelegt. Fliesst Blut durch, so wird die Stelle mit Salicylpulver bestreut und eine Lage Verbandstoff applicirt. Nach 24 Stunden bekommt die Extremität die Lage, die für den Abfluss von etwaigem Wundsecret am günstigsten erscheint). Im Centrum des Calcaneus ein Sequester inmitten fungöser Granulationen. Der ganze Knochen hochgradig erweicht. Miterkrankung des unteren Sprunggelenks und des Talus. Günstiger Wundverlauf. Höchste Temp. 38,4 am 2. Tage. 27. Febr. Erster Verbandwechsel. Prima intentio bis auf zwei kleine granulirende Stellen (Knopflochdrainage). 7. März. Alles vernarbt. Gypsverband. Miteingegypst wird eine Schiene aus dickem Eisendraht und die Zehen allmälig bis zum rechten Winkel gebeugt. 10. März. Geht auf Krücken. 24. März. Tritt auf mit Krücken. Die Zehen rechtwinklig gebeugt. Schmerzen im Metatarsophalangealgelenk der grossen Zehe. 5. April. Geht ohne Krücken mit einem Stock. 14. April. Vollkommen feste Verbindung der Knochenflächen. Zur Vorsicht ein leichter Gypsverband. 7. Mai. Geht ohne Verband mit einem Stock. 14. Mai. Geht ohne Verband und ohne Stock. 13. Juni. Ein einfacher Stiefel maskirt den Defect vollkommen. Feste Narbe. Keine Fisteln. Keine Schmerzhaftigkeit. Er tritt fest, ohne Schmerzen auf, *kann ohne Prothese und ohne Stock gehen.* Sensibilität normal. Sein Allgemeinbefinden hat sich wesentlich gebessert. Wird ausgeschrieben. Ende Juni keine Veränderung. Gehfläche 60,5 □Ctm. Verlängerung des operirten Beines 1,75 Ctm.

Hierauf lasse ich die Fälle folgen, die ich aus der Literatur gesammelt, soweit sie mir zugänglich gewesen.

I. W l a d i m i r o w[2]). 15-jähriger Knabe. *Caries* des Sprung- und Fersenbeins. *Operation*: Ein Schnitt von der Tuberositas des Os naviculare durch die Planta pedis bis einen Querfingerbreit hinter dem Höcker des V. Metatarsalknochens. Von den 2 Endpuncten des Schnittes werden je eine bis auf den hinteren Rand des betreffenden Malleolus reichende Incision geführt. Das C h o p a r t'sche Gelenk wurde von *unten* eröffnet, die zwischen den seitlichen Schnitten gelegenen Weichtheile des Fusses wurden bis auf den Unterschenkel hinauf in toto abpräparirt und die oberen Enden der seitlichen Schnitte durch einen *zweizeitigen* Querschnitt durch die Weichtheile an der hinteren Fläche des Unterschenkels vereinigt. Die unteren Enden beider Unterschenkelknochen wurden mit der Säge abgetragen, die Knorpel von den hinteren Flächen des Os naviculare und cuboideum mit dem Meissel entfernt und der Rest des Fusses so dem Unterschenkel adaptirt, dass das Kahn- und Würfelbein die Sägeflächen der Unterschenkelknochen berührten. Schliesslich wurde genäht und die operirte Extremität auf eine entsprechende Schiene gelagert. *Pat. ging gut*, etwas hinkend, stützte sich dabei auf einen Stock, konnte aber auch ohne Stock gehen.

II. S s a v o s t i c k y[3]). 52-jähriger Mann. *Fusscaries*. Unvollständige Heilung. Eine Fistel persistirt. Kann gehen und auf den Stumpf auftreten.

III. M i k u l i c z[4]). 23-jähriger Mann. Litt an einem ausgedehnten serpiginösen *Geschwür* der rechten Fersengegend. Lange, erfolglose Behandlung in der syphilitischen Abtheilung. Das Geschwür nahm rechts die ganze Ferse ein und überschritt nach oben und hinten die Höhe beider Malleolen und die ganze hintere Hälfte der Planta pedis. Am äusseren Fussrande reichte es bis über die Basis des V. Metatarsalknochens. Dem Kranken stand die Amputation des Unterschenkels bevor. M. schlug ein Operationsverfahren vor, welches er vorher mehrfach am Cadaver erprobt hatte. Im September 1880 wurde die Operation ausgeführt. Bauchlage des Operirten. Das Messer etwas vor der Tuberositas ossis navicularis an den inneren Fussrand angesetzt, wurde quer durch die Fussohle bis hinter die Tuberositas des V. Metatarsus geführt. Von den End-

[2]) W l a d i m i r o w: Dissertation. Kasan 1872. Einige neue osteoplastische Operationen an der unteren Extremität. cf. M o n a s t y r s k i: St. Petersburger Med. Wochenschr. № 2. 1886.

[3]) С а в о с т и ц к і й: Лѣтопись хир. общ. въ Москвѣ. I. 1875. cf. M a t w e j e w: Wratsch 1886, № 11, pag. 202.

[4]) Arch. f. klin. Chir. XXVI, pag. 494.



puncten dieses Querschnittes wurden dann bis zum Malleolus der entsprechenden Seite zwei weitere nach hinten und oben gehende Incisionen geführt, und die Enden derselben durch einen der hinteren Circumferenz des Unterschenkels entsprechenden Schnitt vereinigt. Alle Schnitte gingen sofort bis auf den Knochen. Der Fuss wurde *von hinten her enucleirt*, Talus und Calcaneus von den Weichtheilen des Fussrückens abpräparirt und im Chopart'schen Gelenke ausgelöst. Von hinten her werden die Malleolen sammt den Gelenkflächen der Tibia quer abgesägt, ebenso die hinteren Gelenkflächen des Os naviculare u. cuboideum. Es hing die vordere Hälfte des Fusses an einer 3—4 querfingerbreiten Brücke. Dieselbe bestand aus Haut und den Strecksehnen. Der erhaltene Theil des Fusses wird in Spitzfussstellung fixirt. Die Sägeflächen des Os naviculare und cuboideum adaptirten sich direct der Tibia und Fibula. Die Brücke wurde durch tiefgehende Plattennähte zu einem leicht vorspringenden Wulst zusammengefaltet. Hinten wurde eine Schiene angelegt. In der Narcose wurden die Beugesehnen in der Planta pedis subcutan durchtrennt, die Zehen bis zum rechten Winkel dorsalwärts gebeugt. Das operirte Bein war um 1,5 Ctm. länger als das gesunde. Die ersten Gehversuche machten Mühe. Ende September verliess Pat. das Bett und ging zuerst mit Hilfe 2 Stöcke, dann nur mit *einer* Stütze. 4 Monate nach der Operation *konnte er ohne Stock umhergehen*. 2 Wochen später auch ohne Schuh.

IV. Burchard-Socin[5]). 22-jähriges Mädchen. *Fusscaries.* Heilung in 2 Monaten. Operation nach M. 2 Monate nach der Operation *geht sie ohne Stock.* Etwas später war sie im Stande alle Feldarbeiten zu verrichten. 2 Jahre nach der Operation war sie ohne Fisteln. Verlängerung des Beines 3,5 Ctm.

V. Mikulicz[6]). 27-jährige Frau. Litt seit einem Jahre an *tuberculöser Sprunggelenkentzündung.* Trotz Auslöffelung und Entfernung eines Sequesters schritt die Erkrankung immer weiter. Operation 11. Oct. 1881. Heilung der Wunde per primam. Erste Gehversuche Anfang December. Verlängerung des operirten Beines 1,5—2 Ctm. Sie ist durch Erhöhung des Absatzes für den gesunden Fuss leicht ausgeglichen. Mitte Januar 1882 wurde die Pat. in Folge von Lungentuberculose bettlägerig und starb Ende Juli d. Jahres 1882, 10 Monate nach der Operation. Der Fuss blieb schön verheilt. Keine Spur eines localen Recidivs.

VI. Mikulicz[7]). 16-jähriger Knabe. Verstauchung des rechten Fusses vor einem Jahre. Nach 4 Monaten schwoll der Fuss stark an. Im Laufe von 8 Monaten entwickelten sich alle Zeichen einer *tuberculösen Gelenkentzündung.* Zahlreiche Fisteln in der Fersengegend. 20. Jan. 1883 wurde die osteoplastische Fussresection ausgeführt. Das Os naviculare und Os cuboideum mussten noch gründlich ausgeschabt werden. Heilung per primam unter 2 Verbänden. Mitte Mai konnte der Operirte mit einem Stützapparate und einem Stock ganz gut herumgehen. Ohne Stützapparat muss er den Stock noch immer gebrauchen. Die Wunde vollkommen mit einer kaum merklichen Narbe verheilt. Der Knochen fest verwachsen.

VII. Sklifassowsky[8]): 32-jähriger Kranker. *Ulcus simplex* der Fersengegend. Heilung. Geht, sich auf den Stumpf stützend. Nach späteren Nachrichten *geht er gut ohne jegliche Stütze.* Keine Fisteln.

VIII. Haberern-Lumniczer[9]). 18-jähriger Mann. *Fusscaries.* Nach 5 Monaten Recidiv. *Amputation.* Genesung.

IX. Lauenstein[10]). 32-jährige Frau. *Fusscaries.* Vor 5 Jahren hatte Pat. eine Hämoptoe überstanden. Seit 5/4 Jahren Schmerzen im rechten Fuss, nach einer Verstauchung entstanden. Der Fuss in mässiger Equinusstellung mit geringer Knickung nach innen im Chopart'schen Gelenk. Die Gegend des Fussgelenkes aufgetrieben, namentlich nach innen und hinten zu beiden Seiten der Achillessehne. Aussen 5 Ctm. nach oben hinten von der Spitze des Malleolus ext. eine Fistel, innen von der Spitze des Malleolus int. je 3 Ctm. entfernt nach hinten unten und vorn ebenso je eine. Sonde dringt in die Richtung des Talus, Calcaneus, Cuboid. Der Vorfuss gesund. Active Beweglichkeit im Fussgelenk minimal, passive nur in geringem Grade, sehr schmerzhaft. Ernährungsstörung mässig. Ueber der rechten Lungenspitze gekürzter Schall und verschärftes, verlängertes Exspirium. Operation 5. Oct. 82. Talus, Malleol. int., oberer Theil des Calcaneus werden entfernt. Fisteln ausgeschabt, die fungösen Granulationen des Tendo Achill. ausgekratzt. 5. Januar 83. Verschlimmerung des Zustandes. Operation nach Mikulicz. Wegen der früheren Erkrankung des Malleol. int. wurde der hintere Verbindungsschnitt 7 Ctm. oberhalb des Fussgelenkes angelegt, hier auch der Knochen abgetragen. Lösung des Schlauches. Unterbindung der Art. tibial. Catgutnähte, Plattennähte. 2 Drains. Sämmtliche Beugesehnen werden im vorderen Theil der Planta subcutan durchschnitten. Der Vorfuss zeigte in der Folgezeit stets ein mässiges Oedem. Nach 3 Wochen liess sich eine mässig feste Verbindung des Fusses mit dem Unterschenkel nachweisen. Mitte Februar Fieber, Husten. Gehversuche scheinen nicht gemacht worden zu sein. Pat. wird im Gypsverbande entlassen. *Stirbt* zu Hause.

X. Lauenstein[11]). 25-jähriger Mann. Stammt aus gesunder Familie. Vor 1½ Jahren hatte er sich den Fuss verstaucht. Die Schmerzen in demselben hatten stetig zugenommen. Vor 8 Wochen war der Fuss an der Innenseite aufgebrochen. Der rechte Fuss in mässiger Equinusstellung, unterhalb der Malleolen deutlich aufgetrieben; an der Innenseite *eine* durchgängige und mehrere verheilte Fisteln. Zu beiden Seiten des Tendo Achill. pseudofluctuirende Wülste. Der Calcaneus in seinen Contouren nicht verändert, der übrige Theil der Fusswurzel nicht aufgetrieben. Zuerst das Evidement versucht, kein Erfolg. 24. März 83. Mikulicz-Operation. Tibia und Fibula 1 Ctm. oberhalb des Fussgelenkes abgetragen; Knopfnähte in die Planta. Durchschneidung der Beugesehnen. Tiefe Seiden-, oberflächliche Catgutnähte. Dorsale Brücke flach. Keine Plattennähte. Hintere Schiene. Nach 5 Tagen wurde die Temperatur normal. Am 30. März 83 erster Verbandwechsel. Der 2. Verband blieb 10 Tage, die folgenden noch länger. 24. April alle Drains etc. entfernt. 6. Mai. Gypsverband. 8. Mai erste Gehversuche mit Krücken. 15. Mai im Gypsverbande entlassen mit vollkommen vernarbtem Stumpfe. Der Vorfuss federte noch. Pat. konnte ohne alle Schmerzen auftreten. Längendifferenz 3 Ctm. zu Gunsten des operirten Beines. Bekommt einen Stiefel. Ist vollkommen arbeitsfähig. 13. Nov. Alles fest. Ist im Stande 4 Stunden hinter einander zu Fuss zurückzulegen und *tritt ohne Fussbekleidung fest auf seinen lebenden Stelzfuss auf.*

XI. Sklifassowsky[12]), 16-jähriger Knabe. Operation nach Mikulicz wegen *Fusscaries*, Recidiv. Nach 3 Monaten Ausschabung mit dem scharfen Löffel. Die Fisteln schlossen sich nicht. October 1884 *Amputatio* cruris. Genesung. An Stelle der Sägeflächen knöcherne Vereinigung, im Centrum aber ein käsiger Herd von der Grösse einer Wallnuss.

XII. Roser[13]). 28-jähriger Mann. Bekam im Jahre 1876 ohne nachweisbare Veranlassung eine schmerzhafte Anschwellung an dem rechten Fusse. Spontane Perforation an 3 Stellen. April 1877 Aufnahme in die Klinik. Aufenthalt bis 1880. Während dieser 3½ Jahre wurde der cariöse Herd am Calcaneus 10 Mal mit Löffel und Meissel bearbeitet. An geringe Besserung schloss sich immer wieder ein Recidiv des tuberculösen Processes an. Entlassen mit Fisteln. Wiederaufnahme im Mai 1884. Pat. hochgradig abgemagert. Hohes Fieber. An ein nochmaliges Auslöffeln oder an eine Resection des Fersenbeins war nicht zu denken. Operation nach Wladimirow-Mikulicz nach einem modificirten Verfahren. — Roser meint, dass bei strenger Befolgung der Vorschriften von Wladimirow-Mikulicz doch 10 Ctm. vom Nervus tibial. geopfert werden und die Gefahr des neuroparalytischen Decubitus nahe liege. Er führte daher die *Nervennaht* aus. Er beschreibt die Operationsmethode folgendermaassen: «Bei Rückenlage des Pat. führt man einen Schnitt hinter dem inneren Knöchel vorbei bis zur medialen Seite des Schiffbeins hin. Dann präparirt man den Nervus tibialis frei, trennt denselben in Knöchelhöhle durch und löst das periphere Ende desselben bis zur Gegend des Chopart'schen Gelenkes hin aus den benachbarten Weichtheilen aus. Dabei müssen einige zur Fersengegend verlaufende Zweigchen durchschnitten werden. Der innere Längsschnitt wird bis auf den Knochen hin vertieft und der Rest der Operation genau nach Wladimirow zu Ende geführt. Nur muss der plantare Steigbügelschnitt in 2 Zeiten gemacht werden, denn die zurückpräparirte Nervenansa muss sorgfältig geschont und beim Durchschneiden der tiefen Weichtheile zum Mittelfuss hingehalten werden. Nach der Ausschälung des Nerv. tibial. und nach der Vertiefung der inneren Längsschnitte wird also der äussere Längsschnitt, der ca. 5 Ctm. oberhalb des Fibulaknöchels zu beginnen hat, zur Aussenseite des Würfelbeins geführt. Hieran schliesst sich unter den eben angegebenen Vorsichtsmaassregeln der plantare Querschnitt, der das Chopart'sche Gelenk von unten her eröffnet. Die dorsale Weichtheilbrücke wird dicht am Talus und an der Tibia hin bis 4 Ctm. oberhalb des Talo-cruralgelenks zurückpräparirt. Tibia und Fibula werden in dieser Höhe durchsägt und schliesslich die hinteren Weichtheile 1 Ctm. weiter unten quer durchtrennt. Anfrischung der Gelenkflächen des Schiff- und Würfelbeins. Unterbindung der Gefässe. Man kürzt dann den peripheren Theil des Nervus tibial. um einige Ctm. und heftet ihn dann mit dem central. Stumpfe vermittelst 2 *nicht* perineurotischer Catgutnähte zusammen. Nähte, Drain, Fersenverband, Prima intentio. Nach 9 Tagen wurden die Drains entfernt, am 19. Gypsverband. Einige Tage später die ersten Gehversuche. Höchste Temp. 37,8. Kein Tuberculoserecidiv. Die Sensiblität kehrte nach 4 Wochen zurück, an anderen Stellen später. Eine zeitlang bestand noch Analgesis in dem Gebiete des N. plantar. Nach 4 Monaten keine sensiblen Störungen mehr vorhanden. Gypsverband mehrere Monate hindurch, später Schuh mit Stahlsohle und seitlichen Schienen. Roser verwirft die Plattennaht und räth hinten nur recht tief fassende Nähte anzulegen. Es stemmt sich dann der hintere Rand der Tibiasägefläche gegen den plantaren Rand des Schiff- und Würfelbeins. Durch einen die Plantarflexion verhütenden

[5]) Jahresbericht über d. chir. Abth. d. Spitals. Basel 1881—1882. cf. Revue de Chirurgie 1877, pag. 1012.

[6]) Przeglad lekarski 1883. № 36 und 37 und Centralbl. für Chir. 1884. № 1, pag. 12.

[7]) Ibidem.

[8]) Лѣтопись хир. общ. въ Москвѣ 1882. См. Matwejew l. c.

[9]) Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1884, XIII, pag. 96. cf. Revue de Chirurgie 1887, pag. 1012.

[10]) Centralbl. f. Chirurgie 1884, pag. 1.

[11]) Ibidem.

[12]) cf. Matwejew l. c.

[13]) Berlin. klin. Wochenschrift 1885, pag. 308, № 19, und Centralblatt für Chir. 1886. № 36.

Verband werden die genannten Knochen fest auf einander gedrückt. Man vermeidet hierdurch eine Störung der Circulation. Roser glaubt ferner, die Muskeln, wenn man ihre Sehnen ganz frei lässt, würden sich schneller an die Annäherung ihrer Insertionspuncte anpassen. Die Durchtrennung der Beugesehnen ersetzt er durch gewaltsame Lysis. Sehr schönes Resultat. Pat. kann täglich ohne auszuruhen 6 Stunden lang bei der Arbeit stehen und sicher die Treppen steigen. Er kann auch ohne Stock gehen. — Roser räth, wenn man genöthigt sein sollte wegen Miterkrankung der Scheide die Nerven einfach zusammen mit den Weichtheilen zu durchschneiden, den centralen Nervenstumpf eine Strecke weit zu gabeln, um die beiden Hälften mit den inneren und den äusseren Plantarnerven zu vereinigen. Wo auch dieses unthunlich sein sollte, würde er wenigstens den centralen Stumpf mit dem N. plant. med. zusammennähen, da die Haut in der Gegend des 3. Mittelfussknochenköpfchens von dem N. mit sensiblen Zweigchen versorgt wird.

XII. Kümmel[14]). 38-jährige Frau. Diffuse *tuberculöse Ostitis* des Calcaneus. Vollständige Entfernung des Letzteren. Heilung per primam. Nach einiger Zeit Recidiv. Eröffnung der alten Narbe. Entfernung der kranken Partien aus Talus und Tibia. Nach Heilung tritt bald ein neues Recidiv ein, welches die typische M.-Operation nothwendig machte. Heilung der Wunde in einigen Wochen. Nochmaliges Recidiv. Da Pat. die Amputatio cruris verweigerte, war K. gezwungen, um alles Kranke zu entfernen, die Reste der Fussgelenkknochen, ein Theil des Metatarsus und ein weiteres Stück der Tibia und der Fibula zu reseciren. Die durchsägten Metatarsalknochen wurden mit Seidennähten und einem Stahlnagel mit Tibia und Fibula so gut es möglich war vereinigt, die überschüssige dorsale Hautmasse durch Matratzennähte zu einem Wulst zusammengenäht. Im Ganzen waren 13,5 Ctm. vom Fuss und dem Unterschenkelknochen entfernt. Pat. ist seit 7 Monaten recidivfrei. Die Consolidation ist fast vollständig eingetreten, so dass Pat. mit Hilfe eines Gypsstiefels erfolgreiche Gehversuche machen kann. *Verkürzung des operirten Beines 6 Ctm.*

XIV. Schattauer[15]). 10-jähriges Mädchen. Litt seit 1½ Jahren an *Caries* des rechten Fusses. Derselbe befand sich in starker Equinusstellung. Das Fussgelenk und der hintere Theil des Fusses etwas geschwollen. Unterhalb des äusseren Knöchels 2 auf den cariösen Knochen führende Fisteln. Lungenspitzencatarrh. Abmagerung. Alle Abende Fieber. Wegen grosser Ausbreitung des cariösen Processes, fehlerhafter Stellung des Fusses und verdächtigen Lungencatarrhs wurde von der Auslöffelung der Knochen Abstand genommen und die osteoplastische Resection gemacht. Der vordere Schnitt ging durch das Keil- und Würfelbein. Die Wunde heilte vollkommen per primam. Nach 5 Wochen erste Gehversuche im Gypsverband. Nach 5 Monaten sind beide Füsse gleich lang. *Pat. geht im gewöhnlichen Schuh*, deren Vorderhälfte mit Holz ausgefüllt ist, stundenlang ohne Ermüdung herum.

XV. Schattauer[16]). 9-jähriger Knabe. *Caries* des linken Fusses. Die Geschwulst ging nach unten bis zum Chopart'schen Gelenk, nach oben verbreitete sie sich der Achillessehne entlang einige Ctm. über den Knöchel. Die Operation wurde genau nach M. ausgeführt, die tuberculösen Massen aus der Scheide der Achillessehne sorgfältig entfernt. Die Wunde heilte per primam. Nach 5 Wochen Recidiv. *Amputation*. Genesung.

XVI. Fischer[17]). 18-jähriges Mädchen. Litt an *Caries tarsi* von früher Kindheit. Auslöffelung des Calcaneus, des Sustentaculi tali und der kleinen Tarsalknochen ohne Erfolg. 26. April 84 Operation nach M. Catgutknochennaht. Günstiger Wundverlauf. Die Fisteln an den Drainöffnungen heilten nicht, im Septemb. und Octob. wieder Auslöffelung; im *Nov.* Gypsverband. Im Januar 1885 waren die Knochenenden fester miteinander verwachsen. Im März werden noch die cariösen 2. und 3. Os cuneiform. und der Rest des Würfelbeins entfernt. Fisteln mit Paquelin ausgebrannt. Scheinbar feste Verwachsung. Ausgeschrieben Anfang Sept. 1885, 14 Monate nach der Operation. Die Kranke konnte *ohne Stützapparat nur langsam gehen*. Mit Stützapparat und Stock ging sie rasch und leicht.

XVII. Monastyrski[18]). 16-jähriger Knabe. Hatte im August 1884 sich eine Contusion der rechten Ferse zugezogen. Abscess in der Planta, der eröffnet wurde. Die Incisionswunde verheilte in kurzer Zeit. Entlassen. Nach einigen Tagen Verschlechterung und Aufbruch der zurückgebliebenen Narbe. Stat. präs. 24. Sept. 84. Stark fiebernd, abgemagert, anämisch. Die hintere Hälfte des rechten Fusses bedeutend geschwollen, die Schwellung namentlich in der Fersengegend besonders ausgesprochen. Schmerzen spontan und auf Druck. In der Planta pedis unweit dem inneren Fussrande und ungefähr in der Gegend des vorderen Endes des Fersenbeins eine bis 3 Ctm. lange Narbe. Die Mitte dieser Narbe von einer kraterförmigen Fistelöffnung eingenommen. Granulationen fungös. Die in die Fistelöffnung eingeführte Sonde dringt mit Leichtigkeit in die Substanz des Fersenbeins hinein, ohne auf rauhen Knochen zu stossen. Etwas hinter der Mitte des äusseren Fussrandes an der Aussenseite des Fusses deutliche Fluctuation. Incision. Profuse Eiterung. Kräfteverfall. 3. März 85 Operation nach Mikulicz. Die Wunde wurde zunächst mit Jodoformgaze tamponirt und die Nähte erst secundär nach 48 Stunden geknüpft. Ohne Drain. Zur Lagerung Holzschiene. Es wurde nicht tenotomirt, auch nicht forcirt redressirt. Heilung, 3 Fisteln persistirten und mussten 3 Mal ausgelöffelt werden. *Pat. geht gut.*

XVIII. Dombrowsky[19]). Es handelte sich um eine veraltete complicirte Fractur des Fersenbeins, die zur Sequestration und Caries führte. Functionelles Resultat unbefriedigend. Pat. konnte nicht auftreten.

XIX. Reussen[20]). Bei einem Kranken, der vor einem Jahre eine complicirte Unterschenkelfractur erlitten hatte, die während der ersten 20 Tage garnicht, später conservativ behandelt worden war, fand sich bei der Aufnahme Folgendes: Der rechte Fuss steht in Equinusstellung, leicht nach innen rotirt. Der Fuss bajonettartig an die Aussenseite des Unterschenkels anschliessend. Die Längsaxen von Fuss und Unterschenkel laufen nahezu parallel. An der Innenseite ist der Fuss durch eine 8 Ctm. breite Brücke mit der Aussenseite des Unterschenkels verbunden. Passiv nur minimal beweglich. Der Längenunterschied zwischen linker Tibia (mit Malleol.) und dem Rest der rechten beträgt 4½ Ctm., von der Ferse bis zur Verbindungsbrücke geht eine 2 Ctm. tiefe Furche. Das gestreckt stehende Knie kann passiv nur um 15° gebeugt werden. Das ganze Bein ist ödematös geschwollen, hier und dort sind Narben und Infiltrate von abgelaufenen Abscedirungen sichtbar. Nässendes Eczem bis zum Knie. An dem unteren Ende der Tibia eine am Knochen adhärente Narbe, in der Mitte exulcerirt. 4monatliche Vorbehandlung bis die Haut normal wurde, und das Knie bis 90° activ gebeugt werden konnte. Operation nach Mikul. Vom Unterschenkel wurde nur soviel fortgenommen, als nöthig war, um eine ebene Fläche zu erhalten. Kein dorsaler Wulst. Hinten innen nicht genug Haut zur linearen Naht. Thymolverband mit *vorderer* Schiene. Am 9. Tage 1. Verbandwechsel, der folgende 14 Tage später. Nach 2 Monaten ein Gypsverband mit Fenster hinten innen. Wieder nach 2 Monaten wurden die Zehen in der Narcose dorsalflectirt und ein neuer Gypsverband angelegt, womit Pat. 14 Tage später herumlief. 7½ Monate nach der Operation mit 3,5 Ctm. Verkürzung des rechten Beines *gut laufend mit einem Schuh entlassen.*

XX. Röhmer (Nancy[21]). 30-jähr. Mann. *Fusscaries.* 3. April 85 operirt. Pyämie. 15. Mai 85 *Amputation* des Unterschenkels in loco electionis. Es war noch Beweglichkeit der Knochenenden vorhanden. 24. Juni keine Heilung. Verdacht auf Phthisis.

XXI. Niehaus[22]). 50-jähriger Mann. Am 9. Juni 1884 wurde die linke Ferse von einem Rollwagen überfahren. Pat. erlitt hierdurch eine ausgedehnte Verletzung: Zerstörung sämmtlicher Weichtheile der Fersengegend und Verlust eines Stückes des Calcaneus. Pat. kam bald nach dem Unfalle in's Hospital, wo er 4 Monate verweilte. Am 20. Nov. 1885 Stat. präs. An der linken Ferse ein grosser ulceröser, etwas Eiter secernirender Defect. Allgemeinbefinden gut. Transplantation kleiner Hautstückchen ohne Erfolg. Excision des Calcaneus. Defect geschlossen bis auf eine kleinfingerdicke Oeffnung. Kein Verschluss derselben. Das Geschwür wuchs. Mitte März 1885 wird ein lebender gestielter Lappen von dem Oberschenkel eines Kameraden übergepflanzt. Kein Erfolg. Mitte Mai 1885 Operation nach W.-M. Subcutane Durchtrennung der 1. Beugesehne. Aseptischer Wundverlauf. Nur auf der Innenseite des Fusses trat eine circa thalergrosse Hautgangrän ein. Der Stumpf blieb beweglich. Im Wasserglasverbande das Gehen sicher. 10. Sept. 1885 mit einem Schuh entlassen. Stumpf ziemlich beweglich, doch konnte Pat. mit dem Stock ganz ordentlich gehen. März 1886: Geht ohne Prothese und ohne Stock etwas mühsam, mit Prothese und Stock sehr gut. Keine Beweglichkeit in der Knochenlinie. Sensibilität im Stumpfe normal. Haut gesund.

XXII. Sordina[23]). 20-jähriger Mann. *Caries der Fusswurzel.* Betheiligung des Tibio tarsalgelenkes. Operation nach W.-M. Entfernt wurden die Malleolen, die Fusswurzelknochen bis auf die vorderen Enden des Os cuboideum und Os cuneiforme. Verbandwechsel

[14]) Centralbl. f. Chirrugie 1885, Beilage zu № 24.

[15]) Przeglad lekarski 1885. № 15 und Centralbl. f. Chirurgie 1885, № 28, pag. 503.

[16]) Ibidem.

[17]) Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. XXIII, Heft 1 und 2.

[18]) St. Petersburg. Med. Wochenschr 1886, № 1 und 2.

[19]) Ibidem. cf. Protokolle d. Vereins St. Petersb. Aerzte. Sitzung 29. Oct. 1885. Im Anschlusse an den Vortrag von Monastyrsky über die Mikul. Resection berichtet Dombrowsky über einen Fall, wo nach einer Fabrikverletzung ausgedehnter Hautverlust ausser den Knochenverletzungen des Fusses vorlag, und der nach M. operirt wurde. Pat. verliess das Peter-Paulhospital vor Beendigung der Nachbehandlung, da es ihm garnicht daran lag, einen guten, brauchbaren Stumpf zu erhalten, sondern es ihm vor Allem darauf ankam, von der Fabrik, auf der er sich die Verletzung zugezogen, eine möglichst reichliche Unterstützung zu erhalten. Daher hatte er D. wiederholt gebeten, ihm doch die Amputation zu machen, worauf D. jedoch nicht einging.

[20]) Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1884, № 51 und Centralbl. f. Chir. 1885, № 15, pag. 280.

[21]) Lecompte: Thèse de Nancy 1885. cf. Revue de Chirurgie 1887, pag. 1013.

[22]) Zesas: Arch. f. klin. Chir. XXXIII, pag. 766.

[23]) Rivista Veneta di scienze med. 1885, September. cf. Centralblatt für Chirurg. 1885, № 3, pag. 48.

am 4. Tage. Gangrän des Fusses, nach 3 Tagen. *Amputatio cruris* im unteren Drittel. Heilung.

XXIII. Sordina[24]). 11-jähriges Mädchen. Vor einem Jahre war mit scheinbarem Erfolge der *cariöse* Talus ausgeschabt worden. Recidiv am Talus und Calcaneus. Hautschnitt mit Schonung des inneren Fussrandes inclus. Art. tibial. post., so dass von der äusseren Fläche des Fusses mehr Haut geopfert wird. Ausschabung der fungösen Extensorensehnen. Entfernung der Knochen wie im ersten Falle; Vernähung der Achillessehne mit der Plantarfascie. Drainage. Naht. Der 1. Verband lag 10 Tage. Guter Verlauf. Nach 52 Tagen völlige Heilung mit Gehfähigkeit ohne Unterstützung. Regelmässige Form des Stumpfes. *Der Gang vom normalen kaum zu unterscheiden.*

XXIV. Sklifassowsky[25]). 20-jähriger Mann. Status präs. Der linke Fuss vergrössert. An seiner hinteren und äusseren Seite ein kugliges Neugebilde. Längendurchmesser 18, Querdurchmesser 20 Ctm. Geschwulst elastisch, nicht schmerzhaft. Bei der Probepunction entleeren sich einige Tropfen Blut. Die Bewegungen im Sprunggelenk sind frei. Unter dem Poupart'schen Bande einige geschwollene Lymphdrüsen. Die Geschwulst wurde zuerst vor 11 Monaten bemerkt. Diagnose: *Osteosarcoma.* 30. October Operation nach W.-M. Die Knochenenden werden mit 3 seidenen Nähten zusammengenäht. Drains. Schiene hinten. Fieber in den ersten Tagen bis 38,6°. 9. November Entfernung der Drains. 13. Nov. Entfernung aller Nähte. Prima intentio. 19. Nov. Die Zehen werden allmälig ad maximum dorsalwärts gebeugt. 29. Nov. Wasserglasverband und erste Gehversuche, zuerst mit Krücken, dann Stock, zuletzt *ohne jede Stütze.* Später ging Pat. sehr gut in einem gewöhnlichen Stiefel ohne Vorfuss. Das Bein ist nicht länger. An Stelle der Narbe gewisse Beweglichkeit. Die Geschwulst: Rundzellensarcom centralen Ursprunges.

XXV. Gutsch[26]). 12-jähriger Knabe. Leidet seit 1½ Jahren an *Panarthritis tubercul.* pedis dextr. mit 6 Fisteln. Nur die Ferse und die Mitte des Fussrückens sind gesund. Resection des Talus, der Tibia, des Os cuboid. und Calcaneus. Ausschabung der Fisteln. Nach 1 Monat Zeichen eines Recidiv. Nach 1 Monat Operation nach W.-M. Der Weichtheilschnitt musste, um ganz im Gesunden zu bleiben, die Achillessehne 12 Ctm. über der Sohlenhaut der Ferse durchtrennen und konnte auf dem Rücken nur ein Läppen von 3 Ctm. Breite und 9 Ctm. Länge erhalten werden. Der untere Knochenquerschnitt fiel direct hinter das Lisfranc'sche Gelenk, nahm also die Keilbeine und das Würfelbein bis auf kleine Reste mit. Schliesslich mussten die Unterschenkelknochen 5,0 Ctm. oberhalb der Resectionsebene der Tibia fast 7 Ctm. über den Malleolarspitzen durchtrennt werden. Ein 14 Ctm. langes Fussstück wurde ausgeschaltet und die Sehne des Musc. peroneus noch ausgeschabt. Drain. Keine Plattennähte. Keine Knochennaht. Occlusivverband und Schiene. Verlauf aseptisch. Nachträglich Ausschabung eines kleinen Recidivs und Tenotomie der Flexorensehnen. Consolidirung der Knochen eine vollständig feste. 3 Monate nach der Operation geht der Kranke im Wasserglasstiefel an Krücke und Stock. Resultat: *Geht* im Lederstiefel ohne Stock ganz sicher, *barfuss unsicher.* Verkürzung des Beines 5 Ctm., 2 Ctm. werden durch Beckensenkung 3 Ctm. durch den Stiefel ausgeglichen.

XXVI. Sklifassowsky[27]). 40-jährige Frau. An der Innenseite des rechten Fusses eine kuglige Geschwulst von der Grösse einer Apfelsine. Breite Basis fest verwachsen mit den darunter liegenden Theilen. Die Haut normal gefärbt. Pseudofluctuation auf der Oberfläche, zum Theil geschwüriger Zerfall. Grosse Schmerzhaftigkeit. Bewegungen im Sprunggelenk vollkommen frei. Die Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen. Die Kranke geht mit Hilfe eines Stockes. Vor 17 Jahren bemerkte sie zuerst eine Schwellung unter dem inneren Malleolus. Zu Ostern 1885 war die Geschwulst hühnereigross, im August wurde die Oberfläche geschwürig. Diagnose: *Sarcoma periostale.* 10 Febr. 86 Operation. Wegen Hautmangels ging der Schnitt durch die Planta von der Mitte des Os cuboid. schräg zum Os naviculare. Die Durchsägung geschah durch das Os cuboid., cuneiform. ext. und den grösseren Theil des Os naviculare, so dass von Letzterem in dem Stumpfe nur eine dünne Lamelle übrig blieb. Dementsprechend werden die Unterschenkelknochen auch in schräger Richtung durchsägt. Keine Knochennaht. Keine Drains. Die Wunde heilte anstandslos. 21. Februar werden die tiefen Nähte entfernt. 1. März werden alle Nähte entfernt. Prima intentio. Gute Festigkeit der Knochen. Wasserglasverband. Gymnastik der Zehen. 21. März—6. April Pneumonia crouposa. 6. April: Der Wasserglasverband wird abgenommen. Geht zuerst mit dem Stock. Bekommt Stiefel mit kurzem Vorfuss. Sohle und Absatz auf 3 Ctm. erhöht.

XXVII. Fenger[28]). 28-jähriger Mann. Litt vor 10 Jahren an *chronischer traumatischer Osteomyelitis.* Ankylose des Fussgelenks bis zum Chopart'schen Gelenk. Fistulöse Eiterung im Sinus tarsi. An der hinteren und unteren Fläche der Ferse ulcerirtes Narbengewebe. Operation nach W.-M.. Definitive Heilung nach 4 Monaten. Nach weiteren 2 Monaten forcirte Dorsalflexion der Zehen in der Narcose. Hierbei Fractur der ersten Phalanx der grossen Zehe. Theilweises Einreissen der narbigen Plantarhaut. Da die narbige Plantarhaut nach der Heilung der Einrisse immer wieder exulcerirte, wurde später eine Excision der Narbe gemacht und eine Transplantation vorgenommen. Dieselbe gelang. 15 Monate nach der Operation konnte *Pat. ohne Stiefel gehen* und die ganze Körperlast auf dem operirten Fusse tragen.

XXVIII/XXIX. Helferich[29]) sah sich 2 Mal veranlasst wegen ausgedehnter Gelenk- und Weichtheiltuberculose der Fusswurzel die W.-M.'sche Operation auszuführen. Atypische Schnittführung. Kein Recidiv der Tuberculose. Die knöcherne Vereinigung der Sägeflächen bleibt in beiden Fällen aus. Der eine Pat. konnte den Stock bald entbehren; bei dem anderen wurde, weil die fibröse Vereinigung der Sägeflächen keinen genügenden Halt gewährte, nach 10 Monaten die Narbe excidirt und die Anfrischung der Knochenflächen vorgenommen. Endresultat ?

XXX. Wahl[30]). 45-jähriger Mann. Vor 10 Jahren entstand ohne bekannte Ursache an der Ferse ein Geschwür. Ein ähnliches zeigte sich an der äusseren Fläche des Unterschenkels, etwa handbreit über dem Malleol. ext. Letztere heilten bald. Nach 3 Jahren ein Geschwür über dem Extensor dig. minim. 4 Jahre später brach das Geschwür an der Ferse wieder auf und vergrösserte sich schmerzlos. Stat. präs. 2. Sept. 85. Kräftiger Mann. An der Ferse des rechten Fusses ein kreisrundes Geschwür von 7 Mm. Durchmesser, mit scharfen Rändern und fast schwarzem Boden. Diagnose: *Melanotisches Sarcom.* 7. Sept. Operation nach W.-M. Typische Schnittführung. 2 Knochennähte, 4 Drains. Gestörter Wundverlauf. 17. Oct. Wunde verheilt. Gehversuche mit Krücken schmerzlos. Entlassen im Gypsverbande 12. Nov. Vorher wurde ein mandelgrosser schwarzpigmentirter Tumor im subcutanen Zellgewebe der Kniekehle exstirpirt. 26. Exstirpation eines linsengrossen Recidivs am medialen Fussrande in der Operationsnarbe. 3. Dec. Geheilt. Feste Consolidation. *Pat. geht ohne Prothese mit einem Stock.*

XXXI. Wahl[31]). 25-jähriger Mann. Leidet seit 6 Jahren beständig an Husten. Im Sept. 85 bemerkte er am linken Fusse eine schmerzhafte Schwellung, die allmälig zunahm. Im August 86 bildete sich an der Innenseite des Fusses eine Fistel, die Eiter secernirte. Die Schmerzen machten den Gebrauch der kranken Extremität unmöglich. Stat. präs. Pat. recht reducirt. Linke Extremität beträchtlich abgemagert. Der Fuss hängt in Plantarflexion schlaff herab, die Gruben an den Malleolen sind verstrichen. Am Malleol. int. eine Fistel, die zwischen die Achillessehne und das Tibiotarsalgelenk führt. Schwellung teigig. Schmerzpuncte am Sinus tarsi und Calcaneus. Diagnose: *Fungus tarsi.* Operation 31. Jan. 87. Mehrmals Evidement. Am 7. März typischer M. Tenotomie der Flexoren. 2 Drains. 12. März. Die Drains entfernt. 17. März. Entfernung der Nähte. 20. März. Gypsverband. 25. März. Gehversuche. 27. März. Stützapparat. 3. April. Im Verbande entlassen. Laut späteren Nachrichten *geht Pat. ohne Verband mit einer Krücke.*

XXXII. Zoege-Manteuffel[32]). 18-jähriger Knabe. *Fungöse Erkrankung* des oberen und unteren Sprunggelenkes. Der linke Fuss plantar flectirt, leicht supinirt. Die Fläche des Tibiotarsalgelenkes, sowie die Umgebung der Malleolen beträchtlich geschwollen. Die Haut vorne über dem Sinus tarsi nach hinten, abwärts und aufwärts von den Malleolen, namentlich zu beiden Seiten der Achillessehne bis etwa eine Handbreit oberhalb des Fersenhöckers geröthet, teigig geschwellt. Die Haut vorne von eiternden Fisteln durchbrochen. Bewegungen im oberen und unteren Sprunggelenk behindert, äusserst schmerzhaft. Modificirte Schnittführung, statt des Steigbügelquerschnittes begann Z. den Schnitt über dem Os naviculare und liess ihn parallel zur Fusssohle auf der anderen Seite bis zum äusseren Rande des Os cuboid. laufen. Die Flexoren werden subcutan durchtrennt. 2 Drains. Die Zehen sofort in Dorsalflexion fixirt. 28. Sept. Prima intentio. 5. Oct. Sensibilität der Zehen normal. 11. October. Gehversuche mit Krücken ohne Schmerzen. 23. Oct. Gypsstiefel. Gehversuche. Pat. kann sich fest auf den operirten Fuss stützen. Oft Schmerzen im Metacarpophalangealgelenk. Decubitus am Hallux. 9. Oct. Wasserglasverband. Fuss activ und passiv etwas im Sinne der Flexion beweglich, doch kann Pat. die *ganze Körperlast dem operirten Fusse anvertrauen.* Stiefel nach Art des Pirogow'schen.

Zählen wir zu obigen 32 Fällen noch unsere 2, so würde die Zahl der bis jetzt ausgeführten W.-M. Fussresectionen 34 sein. Zoege[33]) zählt 33 Fälle. Er stützt sich hiebei auf die Angaben Matwejew's[34]), der 27 zusammengerechnet. Nun sind aber aus der Tabelle, die Letzterer zusammenstellte 3 *Fälle* zu streichen. № 8 und № 11 (Mi-

[24]) Ibidem.
[25]) Matwejew: Wratsch 1886, № 11, pag. 202.
[26]) Arch. f. klin. Chirurg. XXXIV, pag. 501.
[27]) Matwejew: Wratsch 1886, № 41, pag. 730.
[28]) Journal of the americ. med. association 1887, Vol. VIII, № 5 und Centralbl. f. Chirurg. 1887, № 23, pag. 448.
[29]) Centralbl. f. Chirurg. 1887, № 39, pag. 736.
[30]) St. Petersb. Med. Wochenschr. 1888, № 2, pag. 13.
[31]) Ibidem.
[32]) St. Petersb. Med. Wochenschr. 1888, № 2, pag. 13.
[33]) l. c.
[34]) Врачъ. 1886. № 11 und 41.

k u l i c z) betreffen ein und denselben Kranken. № 18 (M o n a s t y r s k i[35]) kann gar nicht gerechnet werden, weil die W.-M.'sche Operation gar nicht zu Ende geführt wurde. Nach Verletzung der Art. tibial. ant. wurde das Bein *sogleich* amputirt. № 20 (D o m b r o w s k y) und № 21 (K o l o m n i n) ist wiederum ein und derselbe Pat.[36]), (siehe oben). Die Fälle G u t s c h und R ö h m e r aber sind in obiger Tabelle nicht angeführt.

Schlussbemerkungen.

Die Operation an und für sich ist keine gefahrvolle. Direct an den Folgen der Operation selbst ist keiner der 34 Operirten gestorben. Es wäre auch kaum anders zu erwarten, da sie vollkommen der antiseptischen Zeit angehört, wo überhaupt die Prognose für jeden operativen Eingriff sich günstiger gestaltet hat. Das eigentliche Operationsverfahren ist genügend besprochen worden. Erwähnt sei, dass einige Operateure zur Sicherung einer genauen Coaptation der Sägeflächen die Knochennaht ausführten, manche freilich «so gut es ging». Dieselbe ist jedenfalls entbehrlich, ja die Mehrzahl hat gute Resultate ohne sie zu verzeichnen. Die Anlegung von Plattennähten an den vorn sich bildenden Wulst ist bis jetzt von keinen schlechten Folgen begleitet gewesen, obwohl einzelne Autoren (R o s e r) eine Beeinträchtigung der Circulationsverhältnisse im Vorfuss durch Druck auf die Art. und Ven. pediaea befürchteten. Auffallend ist es immerhin wie gut sich die Circulationsverhältnisse im Vorfusse gestalten. Trotz Durchschneidung der A. tibial. post., der plantar. ext. und int. ist keine Gangrän beobachtet worden, ausser in dem Fall von S o r d i n a (XXII). Bemerkenswerth sind die Beobachtungen von K ü m m e l (XIII) und G u t s c h (XXV), wo 13,5 resp. 14 Ctm. lange Fussstücke eliminirt werden mussten, die Brücke vorn besonders lang und schmal ausfiel. Auch die trophischen Störungen scheinen nicht von Belang zu sein; einen Druckdecubitus beobachtete nur Z o e g e (XXXII). Und doch werden 8—10 Ctm. vom Nerv. tibial. post. geopfert. Die Sensibilität kehrt zur Norm zurück auch ohne die R o s e r'sche Nervennaht.

Die Indication zum operativen Eingriff war:

1)	*Ostitis tarsi tuberculosa*	26 Mal.
2)	*Ulcus simplex*	1 »
3)	*Ulcus luetic.*	1 »
4)	*Neoplasmata*	3 »
5)	*Fractura complic.* (Folgezustände) .	3 »
		34 Mal.

Wir ersehen hieraus, dass in bei Weitem den meisten Fällen die Indication zur Operation die tuberculöse Erkrankung des Tarsus gewesen ist. Der Ernst der tuberculösen Fussgelenkentzündung ist wohl jedem gegenwärtig. Bei der Behandlung derselben erlebt jeder Chirurg ungünstige Erfahrungen. Die entzündlich tuberculöse Neubildung ist nicht minder bösartig wie die krebsige. Bei zaghaftem oder ungenügend eingreifendem Operationsverfahren wuchert der Krebs erfahrungsgemäss nur desto rascher. Dasselbe gilt bei der tuberculösen Erkrankung der Knochen und Weichtheile. Deshalb resecire man nur dann, wenn man wenigstens hoffen darf alles Tuberculöse im Gesunden entfernen zu können. Mit den Auslöffelungen muss man daher sehr vorsichtig sein. Ungleich sicherer ist freilich die Amputation. Dass in den Fällen, wo die tuberculöse Erkrankung nur einen einzelnen Knochen des Fusses ergriffen hat, man mit dem Evidement und einer atypischen partiellen Resection auskommen kann, unterliegt keinem Zweifel. Ist die Erkrankung aber eine mehr diffuse, sind mehrere Knochen daran betheiligt, so wird immer ein Verfahren vorzuziehen sein, wo durch glatte Schnitte im Gesunden der Krankheitsherd ganz eliminirt wird. Dass solches richtig, beweisen die in neuerer Zeit auftauchenden typischen Excisionsmethoden am Fusse. Was nun die W l a d -M i k u l.'sche Resectionsmethode anbetrifft, so ist sie nach der Ansicht einiger Autoren bei der tuberculösen Erkrankung des Fussgelenks nicht angezeigt. F e n g e r z. B. lässt als Indication nur die ausgedehnte Ulceration der Fersenhaut gelten. Es sollen die Resultate der bis jetzt veröffentlichten Fälle gegen die Operation beim Fungus sprechen. Meiner Meinung nach kommt man bei objectiver Betrachtung eher zu Entgegengesetztem.

Von den 26 wegen Caries Operirten sind geheilt 18 und zwar:

11 mit gutem functionellen Resultat (Gehen ohne Stütze).
7 mit genügend. » » (Gehen mit Stütze).
5 mit schlecht. Erfolge mussten *amputirt* werden.
2 an Tuberculose gestorben.
1 ?

26

Die 18 Geheilten, die ihren guten brauchbaren lebenden Stelzfuss bestimmt der elegantesten künstlichen Prothese vorziehen, wären ohnedem der Amputation des Unterschenkels sicherlich anheimgefallen. Für die allerdings länger dauernde Nachbehandlung ist die Entschädigung eine vollkommen genügende. Die 2 an Lungentuberculose Gestorbenen wären durch eine Amputation auch nicht gerettet worden. Bei den secundär Amputirten war die eingeleitete conservativ-mechanische Therapie, der Versuch die Extremität zu erhalten ebenso gerechtfertigt, wie die Resection des Kniegelenks bei fungöser Erkrankung. Denn auch hier kann die Oberschenkelamputation eventuell nothwendig werden. In den Fällen, wo die tuberculöse Erkrankung auf den Calcaneus, das untere Sprunggelenk und die benachbarten Theile des Talus sich beschränkt, sind die Chancen für den Erfolg weit günstigere. Bei Erkrankung des oberen Sprunggelenks aber genirt die Nähe der Pediaea die sorgfältige Entfernung der Kapsel. Jedenfalls verspricht die W l a d.-M i k u l.'sche Resection bei tuberculöser Erkrankung des Tarsus a priori keine schlechteren Resultate als bei Fällen von maligner Neubildung (XXIV; XXVI; XXX), wo die Inguinaldrüsen schon verdächtig scheinen. Die functionellen Resultate bei den wegen Caries Operirten sind im Ganzen nicht schlechter als die anderen, wo keine tuberculöse Erkrankung vorlag, wenn der kleineren Zahlen wegen ein Vergleich überhaupt gestattet sein sollte:

Von den 23[37]) der I. Kategorie, sind gut 11; — genügend 7; schlecht 5.

Von den 8 der II. Kategorie sind gut 4; — genügend 3; schlecht 1.

Ueberhaupt sind in 25 Fällen die Resultate genügend gute gewesen, um für die Operation zu sprechen. Die Kranken gingen gut, viele waren sogar im Stande wieder schwere Arbeiten zu verrichten. Die Erhaltung der Zehen und die grössere Gehfläche geben den nach W l a d i m i r o w - M i k u l i c z Operirten einen gewissen Vorzug vor den nach P i r o g o w amputirten. Die Beweglichkeit des Fusses, die da bleibt, wenn die Sägeflächen auch fest mit einander verwachsen sind, und die in dem Tarsometatarsalgelenke zu Stande kommt, pflegt dem Ganzen zugleich etwas Elastisches zu geben. Die Gehfläche (mit dem Planimeter gemessen) betrug in *unseren* Fällen 51,8 □Ctm. resp. 60,5 □Ctm. Die Gehfläche eines entsprechenden P i r o g o w'schen Amputationsstumpfes betrug 23,5 □Ctm.

Zum Schluss Einiges zur *Nachbehandlung*. Nach glatt geheilter Wunde wird der Fuss meist in einen Gyps- oder Wasserglasverband gelegt. Methodisches Ueben im Gehen. Gymnastik und Massage der Zehen sichern einen guten Gang und eine feste Verbindung der Knochenenden. Die rechtwinkelige Dorsalflexion der Zehen ziehe ich vor durch allmälig ausgeführte Beugung derselben zu erreichen, wenn die

[35]) l. c.

[36]) Nachdem D. Pat. zu amputiren sich geweigert hatte, war Pat. in die K o l o m n i n'sche Klinik eingetreten. Ueber diesen Pat. berichtete K. in einer Sitzung der russ. P i r o g o w-Gesellschaft, als M o n a s t y r s k i seinen Pat. demonstrirte. cf. chirurg. Westnik. 1885. pag. 801.

[37]) Bei Beurtheilung der functionellen Resultate sind 2 Todte und ein unbekannter Fall ausgeschlossen.

Wunde schon verheilt ist und die Circulationsverhältnisse im Vorfusse und in den Zehen günstigere geworden sind, die Durchschneidung der Beugesehnen wird man wohl in den meisten Fällen auf diese Weise entbehrlich finden (in unseren Fällen gelang die Beugung ohne jede Schwierigkeit). Das gewaltsame Redressement vermeide man lieber, um nicht die unangenehmen Erfahrungen von Fenger z. B. zu machen, wo der Hallux fracturirt wurde und die narbige Plantarhaut einriss. Da der Kranke das Hospital nicht barfuss verlassen kann, so ist ein Stiefel, der den Defect maskirt und ohne Mühe anzuziehen ist, leicht beschaffen. Das Mikulicz'sche Modell entspricht allen Anforderungen.

Referate.

Schuster (Aachen): Die Bergeon'schen Kohlensäure-Schwefelwasserstoffklystiere bei Erkrankungen der Lungen und des Kehlkopfs. (D. med. W. 1888. № 15).

Bergeon behauptet, dass durch seine Methode Heilung erzielt werde bei chronischer Bronchitis, Asthma und Keuchhusten, grosse Besserung bei Phthisis. Andere Beobachter, Blachez, Statz in Fraenkel's Klinik, Burney Yeo aus Guy's Hospital, Pavni-Vanja haben diese Angabe bestätigt, der Vorwurf des Unwissenschaftlichen und der Wirkungslosigkeit, den man der Methode gemacht hat, ist also ungerechtfertigt. Schuster hat dann Gelegenheit gehabt, durch Bergeon persönlich angeregt, welcher mit einem Phthisiker nach Aachen gekommen war, um an demselben mit dem Aachener Mineralwasser seine Gasklystiere zu versuchen, auch in einzelnen Fällen diese Methode anzuwenden. Zuerst bei einem Luetischen, der wegen Perichondritis laryngea tracheotomirt war, und bei dem sich ein schmerzhaftes linksseitiges Lungeninfiltrat mit Pleuresie entwickelte, unbekannt, ob auch specifischer Natur. Merkur wurde nicht vertragen, Jodkali war wirkungslos, da wurden die Gasklystiere instituirt, mit grossem Erfolge. Schon während der ersten Application sank die Athemfrequenz in 25 Minuten von 28 auf 24, dann auf 16 p. m., das Athmen wurde zur grossen Verwunderung des Patienten tief und frei und die Schmerzen hörten auf. Am folgenden Tage blieb die Athemfrequenz auf 16, am 3. Tage sank sie von 16 auf 12 p. m.; den 4. Tag waren die Schmerzen fort, das bronchiale Athmen ebenso. Der Larynx hatte sich ebenfalls gebessert. Ein zweiter Fall betraf einen Heldentenor, der vor 1½ Jahren sich inficirt, in den letzten Monaten vergeblich Inunctionen und Jodkali gebraucht hatte, und monatelang wegen einer Larynxaffection, die in Röthung der Schleimhaut zwischen den Aryknorpeln bestand und ihn durchaus am Singen hinderte, vergeblich behandelt worden war. Eine nochmalige specifische Behandlung, von Schuster eingeleitet, hatte gar keinen Erfolg, dagegen ist nach 5 Gasklystieren der Larynx normal und das Singen nicht mehr behindert. Bei diesem Patienten wurde subjectiv und objectiv der H_2S Geruch in der Exspirationsluft constatirt. Bei seinem eigenen 15monatlichen Kinde hat S. endlich die Hustenanfälle, welche nach Keuchhusten zurückgeblieben waren, innerhalb 8 Tagen fast vollständig beseitigt, und berichtet endlich von zwei überraschend günstig beeinflussten Fällen von Emphysem.

Verf. hat Recht, wenn er den Gasklystieren nach solchen Erfolgen eine günstige, selbst vielleicht grosse Zukunft verheisst, bei Lungen- und Larynxleiden, vielleicht auch bei Larynxdiphtherie. Vorläufig wird diese Therapie wohl nur an den Schwefelthermen auszuüben sein, mit der Zeit aber wird man natürliches Schwefelwasser in concentrirter Form verschicken können, oder man lernt künstlich ein brauchbares Schwefelwasser herzustellen, vielleicht durch Zusatz von Kohlenoxysulfid.

(Ref. hat auch Versuche mit den Kohlensäure-Schwefelwasserstoffklystieren angestellt, freilich wegen der Unmöglichkeit, natürliches H_2S Wasser in genügender Quantität zu beschaffen, mit künstlichem Weilbacher Wasser. Die Resultate waren im Ganzen negative, zuweilen wurde subjectives Wohlbefinden angegeben und Milderung des Hustenreizes. Da Bergeon aber durchaus *natürliches* Schwefelwasserstoff-Wasser verlangt, so haben diese Versuche keine Beweiskraft). Max Schmidt.

Schaper: Mittheilungen aus dem Garnisons-Lazareth zu Hannover. (Deutsche Militärärztliche Zeitschr. 1888. Heft 4).

Verf. bespricht in der genannten Abhandlung, die er in der militärärztlichen Gesellschaft zu Hannover vorgetragen hat, 2 Themata: 1) den acuten Gelenkrheumatismus und 2) die Wirkung des Antifebrin. — Betreffs des acuten Gelenkrheumatismus kommt Verf. sowohl bei der Durchsicht der Sanitätsberichte der deutschen Armee, als gemäss seinen Erfahrungen im Garnisonslazareth zu Hannover zu folgenden Schlüssen: 1) die für die Armee festgestellte Thatsache der Zunahme der Erkrankungen an Gelenkrheumatismus trifft für die Garnison Hannover in besonders hohem Maasse zu. 2) Die steigende Rheumarthritisfrequenz in der Armee ist in erster Linie auf die in der ganzen Bevölkerung sich mehrende Erkrankungszahl zurückzuführen. 3) Der acute Gelenkrheumatismus ist eine Infectionskrankheit: für die Entwickelung seiner Krankheitskeime, von denen bisher durch Guttmann der Staphylokokkus aureus nachgewiesen ist, ist für die Garnison Hannover die zunehmende Infection des Bodens und im Jahr 1886 besonders der wiederholt abnorm niedrige Grundwasserstand von wesentlichster Bedeutung. 4) Allgemein giltige Beziehungen zwischen der Erkrankungszahl und den Witterungsverhältnissen haben sich in der Garnison Hannover nicht nachweisen lassen. 5) Von entscheidender Bedeutung scheint der Gebrauch der Gelenke bei den Uebungen und die mit demselben verbundenen kleinen, gewöhnlich unbeachtet bleibenden Verletzungen der Gelenke zu sein, was durch die ganz besonders hohe Ziffer der zuerst befallenen Gelenke der Unterextremitäten (76%) bestätigt wird. — Verfasser schlägt vor, zur Vorbeugung der Gefahr für die Schlagfertigkeit der Armee durch die in steter Zunahme begriffenen Erkrankungen an Gelenkrheumatismus: 1) Rekruten, welche auf Grund eines Physikatattestes nachweisen, dass sie in den letzten Jahren wiederholt an Gelenkrheumatismus gelitten haben, wenn auch keine anatomischen Veränderungen davon an den Gelenken zurückgeblieben sind, zurückzustellen; 2) Rekruten, bei welchen sich schon im Beginn der Ausbildungsperiode heftigere Gelenkschmerzen zeigen, einer genauen ärztlichen Controlle zu unterwerfen; 3) Leute, welche mehr als 2 Erkrankungen an Gelenkrheumatismus im Laufe eines Jahres durchgemacht haben, auch ohne nachweisbare anatomische Veränderungen an den Gelenken als zeitweilig unbrauchbar zu entlassen.

Was den Gebrauch des «Antifebrin» betrifft, so ist dieses Mittel vom Verfasser in 79 Fällen (Masern 4, Scharlach 14, Unterleibstyphus 12, Lungenentzündung 32, Brustfellentzündung 2, acuter Bronchialcatarrh 7, Tuberculose der Lungen 2, Tuberculose der Drüsen 1, acuter Gelenkrheumatismus 5, Perityphlitis 1, Neuralg. N. supraorbital. 1 angewandt worden); die Herabsetzung der erhöhten Körperwärme erfolgte gleichmässig in allen Fällen, im Uebrigen war die Wirkung bei den verschiedenen Krankheiten verschieden; am glänzendsten bewährte das Mittel sich bei den Typhen, — wie schon Cahn, Hepp und Faust gezeigt haben, und zwar in folgender Weise: 1) das Allgemeinbefinden hob sich in ganz auffallender Weise; 2) das Sensorium blieb frei, bei Schwinden der Kopfschmerzen; 3) gewöhnlich trat ein ruhiger Schlaf ein; 4) die Temperatur erreichte nach halben oder ganzen Grammdosen den tiefsten Stand allmälig, 3—5 Stunden nach der Einnahme des Mittels, um dann schneller bis zur früheren Höhe oder auch höher zu steigen; 5) die Pulsfrequenz wurde herabgesetzt; 6) die Schleimhaut der Mundhöhle, Zunge und der Lippen blieb feucht; 7) auf den localen Krankheitsprocess hatte das Mittel keinen Einfluss; 8) ein Einfluss auf die Nieren wurde nicht beobachtet; 9) Collapserscheinungen bei den Typhen sind nicht beobachtet worden. Bei acutem Gelenkrheumatismus stand die Wirkung derjenigen, wie wir sie der Anwendung der Salicylpräparate und des Antipyrin verdanken, nach. Ungünstige Erfolge traten ein bei Lungenkrankheiten verschiedener Art. Besonders gefährliche Erscheinungen traten bei den tuberculösen Lungen- und Drüsenprocessen auf, bei denen die schweisstreibende Wirkung sehr lästig war. Daher ist bei der Anwendung des Antifebrin bei Lungenkrankheiten die grösste Vorsicht geboten. In dem einen Fall von Supraorbitalneuralgie war der Erfolg des Gebrauchs von Antifebrin ein eclatant günstiger. —i—

A. O. Grammatschikow: Die Behandlung der Albuminurie bei acuten Infectionskrankheiten. (Wr. 1888. № 18 und 19).

Verf. hat bei Typhus exanth., T. abdominalis, croup. Pneumonie, Meningit. tubercul. seine Untersuchungen angestellt. Nach einer geschichtlichen Einleitung geht er auf die Beschreibung seiner Untersuchungen über, die im Originale nachzulesen sind, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. «Die Eiweissquantität im Harne ist bei normal verlaufenden acuten Infectionskrankheiten (Typh. exanth. et abdominal., Pneumonia crouposa) sehr gering».
2. «Daher hat bezüglich des Eiweissverlustes die Albuminurie bei genannten Krankheiten keine Bedeutung für die Oeconomie des Organismus — wenigstens in so schweren Fällen, wie die von mir beobachteten».
3. «Die Quantitäts-Schwankungen an Eiweiss entsprechen den Temperaturschwankungen, wenn der Process ohne Complicationen verläuft».
4. In einigen Fällen ist es erlaubt die Eiweissquantität im Harne zur Prognose zu verwerthen: jede Steigerung ohne entsprechende Temperatursteigerung muss den Verdacht erwecken, dass eine Complication im Anzuge sei». N.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

P. I. Djakonow: Statistik der Blindheit in Russland und einige aetiologische Momente derselben. Moskau. 1888. Dissertation.

Die Untersuchung erstreckt sich auf 2792 beiderseitig und 5069 einseitig Blinde. Das Material entstammt den Aufzeichnungen der Moskauer Augenklinik vom 1. Juli 1878 bis 1. Juli 1886, den Notizen mehrerer Privataugenärzte für den gleichen Zeitraum, und eigenen Erhebungen des Autors in den Wohlthätigkeits- und Versorgungsanstalten Moskaus. Es konnte für die beiderseitig Blinden consta-

tirt werden: angeborene Blindheit 3,19 %; in Folge selbstständiger Augenerkrankungen 74,68 %; in Folge von Verletzungen 3,22 %; in Folge von Allgemeinerkrankungen 16,97 %; aus unbekannten Gründen 1,94 %. In Folge von Glaucom waren erblindet: 22,74 % (!), Hornhauterkrankungen 18,52 %, Sehnervenatrophie 14,11 %, Blennorrhoe der Neugeborenen 5 % (?). Unter den Allgemeinerkrankungen hatten Pocken 6,88 % Blinde erzeugt, Hirnkrankheiten 5,77 %.

Einseitige Blindheit war angeboren in 0,74 %, traumatischen Ursprungs 10,55 %, als Folge von selbstständigen Augenerkrankungen 79,65 %, nach Allgemeinerkrankungen 7,55 %, aus unbekannten Gründen 1,28 %. G—n.

v. Krafft-Ebing: **Lehrbuch der Psychiatrie.** Dritte umgearbeitete Auflage. Stuttgart, 1888. Enke.

Den anerkannten Vorzug sämmtlicher Publicationen v. K.-E.'s, eine klare, durchaus verständliche Darstellungsweise bei gewählter sprachlicher Ausdrucksform, besitzt auch das vorliegende Werk, welches bereits in seinen ersten Auflagen allgemeine Verbreitung gefunden hat. Eine besondere Empfehlung desselben erscheint jetzt überflüssig, die Kritik hat gleich nach dem Erscheinen der ersten Auflage hervorgehoben, dass hier ein Lehrbuch geschrieben worden ist, welches ebenso den Bedürfnissen des vorgeschrittenen Praktikers entgegen kommt, wie es sich besonders dazu eignet, dem Anfänger als Führer auf dem Gebiet der Psychiatrie zu dienen.

Die neue Auflage ist wiederum durch Umarbeitung und Ergänzungen vervollkommnet worden. In der allgemeinen Psychiatrie (pag. 1—315) hat ausser einer Umgestaltung der einleitenden Capitel besonders das Capitel über die Störungen des Gedächtnisses Erweiterungen erfahren. Bei der Besprechung der Sinnestäuschungen sucht Verf. die Theorie der Hallucinationen mehr dem gegenwärtigen Standpunct der Hirnphysiologie zu accommodiren. Auch der Abschnitt über die Anomalien des Geschlechtstriebs ist umgearbeitet worden und sind die die Ursachen des Irreseins besprechenden Abschnitte durch neue Angaben bereichert.

In der speciellen Pathologie und Therapie des Irreseins (pag. 316 bis 716) finden wir in gleicher Weise den Verf. bestrebt auf Grund eigener und durch Berücksichtigung fremder Beobachtungen seine Ausführungen noch erschöpfender zu gestalten und Fortschritte in der Differenzirung der vielgestaltigen Krankheitsbilder herbeizuführen. Die Lehre von den Krankheitsformen ist bekanntlich keine abgeschlossene, auf diesem Gebiet steht die Arbeit nicht still, und was im Augenblick als gesichertes wissenschaftliches Resultat erscheint, muss nach neuen Forschungen wieder anders dargestellt werden. Das Lehrbuch hat die Krankheitsformen als feststehend möglichst abgerundet zu schildern, um den diagnostischen Bedürfnissen seiner Leser möglichst Rechnung zu tragen. Diese Aufgabe ist v. K.-E. entschieden gelungen. Die gegen früher in der klinischen Symptomatologie vorhandenen Veränderungen hier einzeln zu besprechen würde zu weit führen. Neu hinzugekommen ist eine Schilderung des Morphinismus und der Neurasthenie. Die auf wenigen Seiten gegebene Symptomatologie der letzteren ist vorzüglich gelungen und erblicken wir hierin, bei der Wichtigkeit, die dieser Nervenerkrankung als Prädisposition für die Entstehung von Psychosen zukommt, eine wesentliche Ergänzung des Buches. Lebhaft geschriebene Krankengeschichten (jetzt 118) sind in den Text verflochten, den einzelnen Krankheitsformen als Illustration nachfolgend und werden dem Lehrzweck des Werks eine bedeutende Stütze sein.

Mercklin.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Medianschnitt einer Hochschwangeren bei Steisslage des Fötus nebst Bemerkungen über die Lage und Formverhältnisse des Uterus gravidus nach Längs- und Querschnitten von Prof. Dr. W. Waldeyer. — Bonn 1886. Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen). Pr. 40 Mk.

— Augenheilkunde und Ophthalmoskopie von Dr. Hermann Schmidt-Rimpler. 3. verb. Auflage. — Berlin 1888. Verlag von Friedr. Wreden. (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Bd. X).

— Aerztliche Philosophie. Festrede zur Feier d. 306. Stiftungstages d. königl. Julius Maximilians-Hospital gehalten am 2. Januar 1888 von Dr. Georg Ed. Rindfleisch. — Würzburg 1888. Commissions-Verlag von G. Hartz.

— Die Krankencassen des Regierungs-Bezirks Stettin im Jahre 1886 v. Dr. L. Dietrich. — Leipzig 1888. Verlag von Georg Thieme. Preis Mk. 1,50.

— Die Amputationen und Exarticulationen im Augusta-Hospital 1871—1885. Ein Bild der Entwickelung der Wundbehandlungsmethoden v. Dr. W. Kleinwächter. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. E. Küster. — Leipzig 1887. Verlag von Georg Thieme. Preis Mk. 3.

— Die Lungengymnastik. Eine Anleitung zur diätetischen Pflege und gymnastischen Ausbildung der Athmungsorgane v. Dr. Th. Huperz. 3. umgearbeitete und erweiterte Auflage. — Berlin und Neuwied 1888. Verlag v. Louis Heuser. Preis Mk. 2,40.

— Ueber die Diät von Sanitätsrath Dr. Kunze — Halle a. d. S. — Berlin und Neuwied 1888. Verlag v. Louis Heuser. Preis Mk. 2.

— A second clinical study of Hemianopia. Cases of chiasm-lescon. Demonstration of hemiopic pupillary inaction by E. C. Séguin. M. D. (Reprinted from the Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. XIV. Nov. und Dec. 1887). — New-York 1887.

— Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie, begründet v. Dr. Albrecht Nagel, redigirt von Dr. Julius Michel. 17. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1886. — Tübingen 1887. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. Pr. 10 Mk. 30.

— Der sechszehnte schlesische Bädertag f. d. Saison 1887. Herausgegeben von P. Deugler, Bürgermeister in Reinerz. — Reinerz 1888. Verlag d. schlesischen Bädertages.

— Deux cas d'Etranglement interne et traités par la Laparotomie. Par le docteur F. Fraipont — Liège 1888. Imprimerie H. Vaillant-Carmanue.

— Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin. Ueber Diphtherie des Hausgeflügels von Mag. A. v. Krajewski in Chersson (Russland). [Sonderabdruck.]

— Ein Ersatzmittel für Leberthran von Prof. Dr. J. v. Mering. Sonderabdr. aus Therapeut. Monatshefte, herausg. v. Dr. Oscar Liebreich.

— Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи. Повременное изданіе подъ редакціей Проф. И. П. Мержеевскаго. Годъ 5. Выпускъ II съ 1 литогр. табл. и 1 рисункомъ въ текстѣ. — С.-Петербургъ 1888. Изданіе Карла Риккера.

— Основы Анатоміи человѣка Ад. Ианша. Переводъ Проф. А. И. Тарeнецкаго. Выпускъ II. Ученіе о мышцахъ и внутренностяхъ. Съ 93 рисунк. въ текстѣ и 5 табл. — С.-Петербургъ 1888. Изданіе Карла Риккера. Цѣна 2 руб. 60 коп.

— Первыя пособія при Отравленіи съ указаніемъ на противоядія. Засл. Проф. Траппъ. — С.-Петербургъ 1887. Изданіе Карла Риккера.

— Руководство къ фармацевтической и медикохимической Практикѣ. Н. Hager. Переводъ Проф. В. К. Анрепа и А. В. Пеля. Выпускъ I. Abelmoschus, Acidum silicicum — С.-Петербургъ 1888. Изданіе Карла Риккера. Цѣна 1 руб., съ пересылк. 1 р. 10 к.

— Die Rolle der Suggestion bei gewissen Erscheinungen der Hysterie und des Hypnotismus. Kritisches und Experimentelles von Dr. Armand Hückel. — Jena 1888. Verlag von Gustav Fischer. Pr. Mk. 1,80.

— Zur Behandlung der infectiösen Urethritis durch Autrophere von Dr. Hugo Lohnstein. Separat-Abdr. aus der «Allgem. med. Central.-Ztg.» № 16 und 17. 1888.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 17. Februar.

1. Dr. Krannhals: «Zur Diagnostik der Magenkrankheiten». (Der Vortrag erscheint im Drucke).

Sitzung am 2. März.

1. Zwingmann: Krankenvorstellung: 55jährige Lettin mit Hydrophthalmus anterior. Beiderseits Intercalarstaphylom-ähnliche Ververiterung und Verdünnung des Scleralbordes. Hornhaut rechts klar, links leicht getrübt, Nystagmus, fluctuirende Glaskörperopacitäten, keine Druckexcavation. Rechtes Auge: breites Colobom nach oben, in welchem der Rand der Linse sichtbar; Augenhintergrund: breiter Scleralconus nach unten, Papille queroval, nicht atrophisch, nach innen unten excavirte atrophische Scleralpartie. Visus nicht bedeutend herabgesetzt, Gesichtsfeld nahezu normal. Stumpfe Verletzung vor ca 10 Jahren, seitdem Verfall des Sehvermögens. Linkes Auge: runde starre Pupille, Papille n. opt. atrophisch, weisse atrophische Scleralherde, atrophische Retinalgefässe. Visus = 0 seit 3 Jahren. Ueber Ursprung und Verlauf des Leidens weiss Pat. keine Angabe zu machen, sie sei vielleicht in der Kindheit operirt worden.

DDr. Mandelstamm und Stavenhagen halten das Scleral-Staphylom für traumatischen Ursprungs.

2. Dr. Petersenn: 26jähriger Mann erkrankt plötzlich mit Kopfschmerz, Uebelkeit, Gesichts- und Gehörsstörungen. Pat. bleich, Temp. anscheinend normal, Puls langsam, weich; stösst die Worte hervor. Nach 4 Stunden Sopor, Pupillen dilatirt, reagiren nicht, Puls frequenter, ungleich. Nach weiteren 2 Stunden stertoröses Athmen, klonische Krämpfe der Arme, Trismus, keine Nackenstarre, Krämpfe sistiren plötzlich, Respiration stockt, Herz arbeitet noch kurze Zeit bis zum Exitus.

Diagnose: Meningitis cerebro-spin. epidem.

Dr. A. Haken hat Pat. als Leiche gesehen, glaubt aber, nach dem Referat der Angehörigen (der Verst. habe am Magen gelitten), es könne sich um Ulcus ventriculi und Gehirn-Embolie von dorther gehandelt haben.

Dr. Hampeln vermisst ausser Anderm das Fieber im Krankheitsbilde, auch sei ihm das augenblickliche Bestehen einer Meningitis-Epidemie nicht bekannt.

3. Discussion über den Vortrag Dr. Krannhals' «zur Diagnostik der Magenkrankheiten».

Dr. Hampeln hebt die grosse Bedeutung der Magensaftuntersuchung für die Differenzialdiagnose: «Ulcus oder Carcinom» hervor.

Dr. Blumenbach: bei Entleerung des Magens nach dem Probefrühstück störe das neben der Sonde Erbrochene, das bei Untersuchung, offenbar durch Beimengung von Speichel, ganz differente Resultate ergebe.

Dr. Krannhals bestätigt diese Erfahrung. Aus seiner Praxis berichtet er über einige Fälle, in denen die Magensaftdiagnose ganz abweichend lautete von der nach sonst üblichen Gesichtspuncten gestellten. Bei einer Patn. deuteten alle Symptome auf einfachen Catarrh und nur der dauernd fehlende Salzsäuregehalt erhielt den Verdacht auf Carcinom aufrecht. Bei einer Andern war die Diagnose auf Dyspepsia acida gestellt, die Magensaftuntersuchung ergab aber verminderte Acidität und braucht Patn. Salzsäure mit bestem Erfolg. Ferner ein Alcoholiker mit heftigem Sodbrennen, gegen das er lange Alkalien gebraucht. Die Untersuchung constatirte minimale Acidität. Bei einer Patn. konnte, trotz Bluterbrechens, bei verringerter Acidität Ulcus rotund. mit Sicherheit ausgeschlossen werden, und handelte sichs auch in der That um verschlucktes Blut.

Dr. Hampeln: Neuerdings sei Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Carcinom ausnahmsweise constatirt worden; ganz einwurfsfrei seien die Fälle aber nicht alle, namentlich fehle die Sicherstellung der Diagnose durch Autopsie. Er selbst verfüge über drei Fälle dieser Art, an deren einem die Resection des Carcinoms von Dr. Jansen ausgeführt worden.

Dr. Voss: Ewald habe in der Berl. Med. Gesellsch. ein Oesophaguscarcinom mit fehlender Salzsäurereaction vorgestellt. Er knüpft daran die Frage, ob jedes Carcinom des Darmtractus überhaupt die Erscheinung aufweise.

Dr. Hampeln: Nach Riegel fehle Salzsäure auch bei Duodenal-Carcinom, bei Erkrankung des übrigen Darmes und des Pankreas aber nicht.

4) Dr. Worms: «Zur Therapie der chron. bacillären Lungenschwindsucht». Wichtigste Curmittel der Phthise-Behandlung seien anerkanntermaassen: Genuss reiner Luft und forcirte, kräftige Ernährung. Diese Therapie habe den Zweck, die Wehrhaftigkeit der thierischen Zellen gegenüber den eingewanderten pflanzlichen zu heben. Der Process der Entlastung der phthisischen Lunge von pathogenen Keimen sei ein mehr passiver; unter dem Gebrauch jener Curmittel sterilisire sich der Nährboden, die feindlichen Eindringlinge würden gleichsam ausgehungert. Die organische Noxe werde nur indirect angegriffen, es fehle bisher ein Mittel, den Infectionsträger direct zu beeinflussen, wenn dieses nicht etwa im Kreosot gegeben sei. Der Tuberkelbacillus sei auf enge Temperaturgrenzen bei seiner Entwickelung angewiesen. Nach Fränkel entwickelte er sich überhaupt nur zwischen 30 und 42° und hätte sein Optimum bei 37,5° und schon geringe Abweichung von diesem fände in mangelhaftem Gedeihen des Pilzes ihren Ausdruck. In dieser seiner Entwickelungsbedingung meint Vortrgd. den festen Punct zu finden, an dem der Hebel unseres therapeutischen Handelns anzusetzen sei. Die möglichst niedrige Temperatur der Athmungsluft dauernd methodisch angewandt, könnte sich als directes antibacilläres Mittel erweisen. Gerhard bekämpfe mit seiner Eisbehandlung bei Lupus denselben Infectionsträger in analoger Weise. Zur Sicherstellung der Theorie müsse die Frage experimentell entschieden werden, ob und wie weit die kalte Aussenluft bei Tiefathmen die Lungentemperatur herabsetze. — Der Kranke müsse, bei nicht zu weit vorgeschrittenem phthisischem Process, einen grossen Theil des Jahres im Freien lebend durch den offnen Mund möglichst kalte Luft einathmen und auch Nachts der Luft, wenn auch beschränkten Einlass in's Schlafzimmer gewähren. Vor Wärmeverlust von der Haut sei der Pat. durch entsprechende Kleidung resp. Bedeckung streng zu hüten, die Innervation der Hautgefässe sei durch kalte Abreibungen u. dergl. zu stählen. — Vortrgd. habe die Cur durch 3 Winter durchführen lassen trotz der Schwierigkeiten, die Mangel an Energie seitens der Patn. und Vorurtheil ihr in den Weg stellten. Die Wintercur sei an sich nichts Neues, aber die theoretischen Erwägungen bei ihrer Empfehlung seien bisher andere gewesen. Auch abgesehen von diesen trete er für die kalten Wintercuren ein, von denen er mehr Erfolg erwarte, als von der Behandlung im Sanatorium und redet Vortrgd. der Gründung kleiner Asyle auf dem Lande warm das Wort.

Dr. Hampeln: Die Kalteluftbehandlung der Phthise sei von Krosherowsky empfohlen worden, auch sei es in Amerika gebräuchlich, Schwindsüchtige in den Norden zu dirigiren.

Dr. Rulle übt gern die Kältebehandlung ohne sich der Anschauung von der Bacillenvernichtung anzuschliessen und bezieht die günstige Wirkung der kalten Luft auf Anregung zu energischerer Lungenthätigkeit.

Dr. v. Hübner: Der Vortrag verdiene ganz besonderes Interesse, da für Riga ein Wintersanatorium geplant werde. Thatsache sei die Schwindsuchtfreiheit des hohen Nordens und auch Davos verdanke seinen Ruf der kalten Bergluft. Dettweiler und Penzold legten gleichfalls Gewicht auf die kalte Luft und liessen ihre Phthisiker bis zu 12° im Freien. In jeder Hinsicht wünschenswerth erscheine es, unseren Schwindsüchtigen einen Ersatz für die ausländischen Anstalten zu gewähren.

Dr. Hampeln: Dettweiler und Pensold schätzen die kalte Luft in erster Linie als Abhärtungsmittel, nicht als Curmittel.

Dr. Bergmann fragt, ob nicht doch das Kreosot das wirksame Prinzip der Behandlung in dem Falle Dr. Worms' gewesen sei. Ein Pat. habe sich, trotzdem er gezwungen war, in staubérfüllten Speichern sich aufzuhalten, unter Kreosot wesentlich gebessert. Im Krankenhause gebe er bei Phthise wie bei Lepra Kreosot subcutan und sehe Erfolge trotz schlechter Krankenräume und bei gleichzeitiger Lues.

Dr. Worms giebt zu, von Kreosot grosse Stücke zu halten. Jedenfalls aber erscheine die Kalteluftbehandlung rationell, wenn die Temperaturermässigung in der Lunge eingeräumt werde.

Dr. v. Hübner spricht seine Zweifel an der Möglichkeit einer soweit gehenden Temperaturherabsetzung aus, ohne die prakt. Erfolge der Therapie in Frage ziehen zu wollen.

Dr. Voss: läge das Optimum des Bacillus bei 37,5°, so könnte er sich z. B. bei Phthisis acutissima mit 40° nicht so rapid entwickeln. Vielleicht sei die Grenze auch abwärts ebenso auszudehnen, und weit könne die Lungentemperatur doch jedenfalls nicht herabgedrückt werden. Bei Eisbehandlung des Lupus würde eine Temperatur erzielt, die von 0° nicht zu weit entfernt sein dürfte.

Dr. Worms citirt dagegen Fränkel's Angaben, nach denen eine constante Temperatur von 36° genügen dürfte.

Dr. Hampeln und Dr. Rulle erscheint weitgehende Abkühlung der Lunge aus verschiedenen Gründen nicht wahrscheinlich.

Dr. Voss: Fränkel's Angaben bezögen sich auf Culturen im Reagenzglase. Im lebenden Körper könnten die Verhältnisse andere sein.

Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

Sitzung am 6. April.

1. Dr. Ed. Schwarz: «Ueber Localisation bei Gehirnkrankheiten» (mit Krankenvorstellung). Fest stehe (Nothnagel), dass auf Grund pathologischer Beobachtungen eine Localisation in der Hirnrinde anzunehmen sei. Weit hinter den Ergebnissen der Klinik ständen bezüglich dieser Frage die der pathologischen Forschung zurück; dieselbe habe indessen zwei für die folgende Demonstration wichtige Thatsachen constatirt: eigenthümlich sei der durch Reizung der Hirnrinde hervorgebrachten Bewegung 1) dass bei ihr immer Zweige verschiedener peripherer Nerven zusammenwirken, 2) dass nie ein Nerv in toto, sondern immer nur ein Theil seiner Fasern in Action trete. Für den Kliniker sei die Frage der Localisation seit Broca entschieden; Nothnagel und Naunyn hätten dann gezeigt, dass nicht nur für die Sprache eine Localisation berechtigt sei.

Die Beobachtungen von Broca und Wernicke seien durch Naunyn bestätigt worden, der ihnen noch eine dritte Gruppe der Sprachstörung anreiht: die unbestimmte Aphasie. Auch diese hätte meist ihren Sitz in der Broca- und Wernike'schen Windung, in der Minorität der Fälle indessen weit entfernt davon, zum Theil am Uebergang des Gyrus angular. in den Hinterhauptslappen. Naunyn bezeichne die Broca'sche Aphasie als «motorische», die Wernicke'sche als «acustische» und lasse durchblicken, die von ihm gefundene Stelle dürfte als Ort bezeichnet werden, dessen Läsion «Aphasie mit Wortblindheit» bedinge. Die drei aufgestellten Rindenfelder seien nicht als Sprachcentren aufzufassen, sondern als Orte, von denen aus Sprachstörungen hervorgerufen werden. Diese Felder seien aber weder scharf begrenzt zu denken, noch auch bei verschiedenen Individuen genau an derselben Stelle zu finden.

Die motorischen Rindenstörungen anlangend, stehe fest, dass von der Rinde aus Lähmungen von Bestand erzeugt werden könnten. Je weniger ein Muskel dem Willen unterthan sei, um so seltener werde er cortial gelähmt gefunden, es stünden also wohl diese Muskeln in weiterer Beziehung zur Hirnrinde als die rein willkürlichen. Es sei physiologisch constatirt, dass je niedriger das Versuchsobject in der Reihe der Thiere stehe, um so schwerer bei ihm Lähmungen durch Verletzung des Grosshirnes erzeugt werden, um so mehr der Act der Fortbewegung automatisch sich abspiele. Bei höher differenzirten Thierclassen sei die Entwickelung der Basalganglien eine geringere im Vergleich zum Grosshirn, das deren Functionen übernehme.

Die vergleichend-anatom. Thatsachen im Zusammenhang mit den experimentellen und klinischen Erfahrungen müssten die erbittertsten Gegner der Localisation zum Schweigen bringen. Vortr. demonstrirt an schematischen Zeichnungen die Lage der motorischen Rindenfelder.

Ueber die die motor. Störungen begleitenden Sensibilitätsdefecte herrsche noch grosse Unsicherheit (Sepilli). Wichtig sei die nahe Beziehung der Parietallappen zum Muskelsinn (Nothnagel).

Die Physiologen hätten fälschlicher Weise die motorischen Rindenfelder als psychomotorische Centren bezeichnet, als wenn die Entstehung eines einzelnen Bewusstseinsvorganges an ein engbegrenztes Rindenfeld gebunden sei.

Der Entschluss, eine Bewegung auszuführen, sei ein diffuser Vorgang, die Möglichkeit, ihn zu realisiren, indessen an die Unversehrtheit gewisser Centren gebunden. Der Willensimpuls müsse irgendwo gesammelt werden, um in die peripheren Organe zu gelangen, und zwar seien die sog. psychomotor. Centra diese Sammelpuncte, für welche Nothnagel die Bezeichnung «Rindenfelder der einfachen motorischen Uebertragung» vorschlage.

Auch für andere functionelle Vorgänge beständen dieselben Verhältnisse, die Vortr. hier nicht näher berührt.

Das bisher Erforschte habe uns immerhin nur an den Anfang des Studiums der Gehirnfunctionen gebracht, das von Anatomie, Physiologie und Klinik in Gemeinschaft weiter zu cultiviren sei. Den unumstösslichen Satz habe die Klinik hingestellt: Die Pathologie beweise für den Menschen eine Localisation in der Hirnrinde (Krankenvorstellung s. Sitzung am 20. April).

Dr. Hach: Demonstration eines geburtshülflichen Bestecks vom Instrumentenmacher Marggraf (Riga), ganz in Metall gearbeitet.

Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 29. März.

1. Dr. Tiling stellt eine Pat. von 13 J. vor, der Prof. Monastyrski am 9. Dec. 1887 das rechte Ellenbogengelenk nach T.'s Methode wegen Tuberculose resecirt hat. Es brauchte nur die Synovialis entfernt zu werden. Wegen Recidiv musste das Gelenk schon 19. Januar 88 ausgeschabt werden, wobei am Condylus ext. mit einem cariös gewordenen Theil des Epicondylus ein Theil des Elfenbeinstiftes entfernt wurde. Die Configuration des jetzt geheilten Gelenkes ist die normale; Flexion bis auf 56°, Extension bis 122° bei vollkommener Pronation und Supination, seitliche Bewegungen sind im Gelenk absolut nicht vorhanden.

Der M. triceps wirkt sehr energisch.

2. Dr. Petersen stellt eine 47-jährige Patientin mit «Lepra tuberosa» vor. Dieselbe stammt aus Riga, siedelte im April 1887 nach Petersburg über und bekam die ersten Erscheinungen von Lepra im August desselben Jahres. Ferner berichtet P., dass er im letzten Jahre 7 Fälle von Lepra in St. Petersburg beobachtet habe. (Die Mittheilung ist zur Veröffentlichung bestimmt).

Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— *Verstorben*: 1) In Saratow erhängte sich in einem Gasthause, Dr. Tschernigowski vermuthlich wegen zerrütteter Vermögensverhältnisse. 2) Der ältere Arzt des 44. Reserve-Infanterie-Bat. J. Maikewitsch.

— Die weit verbreitete Befürchtung, dass Infectionskrankheiten durch Bücher der Leihbibliotheken verbreitet werden, hat neuerdings nach dem «Dr. Anz» die Medicinalpolizeibehörde in Dresden veranlasst dahingehende genaue bacteriologische Untersuchungen anzustellen. Hierbei ergab sich das Resultat, dass der durch Abbürsten und Ausklopfen ganz besonders unsauberer Bücher reichlich gewonnene Staub wohl zahlreiche Pilzkeime enthielt, dass sich dieselben aber nicht von den gewöhnlich im Staube der Wohnungen vorkommenden unterschieden; Keime von Infectionskrankheiten fanden sich nicht vor. Bei Durchblättern solcher Bücher mit trockenem Finger blieben an demselben fast gar keine Pilzkeime haften, beim Durchblättern mit benetztem Finger dagegen sehr viele. — Darnach ist die Gefahr der Uebertragung von Infectionskrankheiten durch Bücher aus Bibliotheken jedenfalls keine so grosse, wie bisweilen angenommen wird. (Allg. med. Centr.-Z.)

— Dr. Conetoux theilt nachstehendes beachtenswerthe *Ereigniss beim Auspumpen des Magens* mit. Einem 23jährigen Mädchen sollte der Magen ausgepumpt werden. Das Rohr wurde mit einigen Hindernissen eingeführt; Verf. vernachlässigte das äussere Ende des Schlauches auf etwaigen Luftaustritt zu beobachten. Als kein Mageninhalt herausfloss, blies C. stark in die Sonde hinein, in der Meinung, es sei ein mechanisches Hinderniss am Magenende der Sonde. Patientin wurde nun cyanotisch und fiel auf dem Stuhl zusammen. Die Sonde war in die Trachea eingeführt worden und C. hatte Luft in die Luftwege geblasen. Schnelle Entfernung der Sonde, Wiederbelebung der Patientin. — Verf. räth, nach Einführen der Magensonde die Patientin immer einige Worte sprechen zu lassen und in zweifelhaften Fällen immer etwas Luft in das Rohr hineinzupressen, statt mit Flüssigkeiten ansaugen zu wollen. Hier wäre letzteres tödtlich gewesen.

(Annales des mal. de l'oreille et du larynx — Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc).

— In № 20 der Revue génér. de clinique et thérap. ist ein zusammenfassendes Referat *über Contagiosität der Kinderlähmung* enthalten, welches die Angaben Strümpell's bestätigt. Cordier hat in der № 1 des Lyon méd. 1888 einen Artikel veröffentlicht, in welchem er 13 Fälle von infantiler Paralyse beschreibt, die im Juni und Juli 1887 in einer, 1400—1500 zählenden Bevölkerung beobachtet worden sind. Ein 7monatliches Kind wird von der Krankheit befallen und tritt in nahe Berührung mit der 2jährigen Tochter eines Bäckers, welche gleichfalls erkrankt, darauf werden 3 Kinder von Eltern, welche mit dem oben genannten Bäcker viel verkehrten, befallen. Ein anderes, 10monatliches Kind stirbt an der Krankheit am 16 Juni, ein 1monatliches Nachbarkind stirbt gegen Ende Juni unter ähnlichen Symptomen, ein anderes stirbt den 16. Juli; darauf befallen 2 Kinder, welche mit den gestorbenen zusammengekommen waren, endlich werden 3 Kinder krank, welche aus einem Nachbardorf die Kranken mit ihren Müttern besucht hatten. C. schliesst aus seinen Beobachtungen auf den epidemischen und contagiösen Charakter der Paralysis infantilis; das Contagium sei in der Luft und dringe durch die Lungen in den Körper ein. Die Incubationsdauer konnte 2 Mal festgestellt werden und währte in einem Falle 36, in einem andern 10 Stunden. Hz.

— Nourry (Apotheker) *über subcutane Injectionen von löslichem Hydrargyrum jodo-tannicum*. (Bullet. de thérap. 1888. № 8). Dieses von N. vorgeschlagene Präparat ist von Dujardin-Beaumetz im Hospital Cochin geprüft und als vorzüglich befunden worden, verursacht bei und nach der Injection keine Schmerzen, setzt weder Knoten noch Verhärtungen, bewirkt 48 Stunden nach der Injection von 1 Ccm. bereits rasch vorübergehende Verdauungsstörungen und Speichelfluss und besteht aus: Hydrargyr. 0,008, Jodi 0,30, Acidi tannic. 0,040, Glycerin. puri 1 Ccm. Hz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 17. bis 23. Juli 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
313	242	555	128	62	110	7	13	15	42	51	47	32	31	11	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 0, Masern 30, Scharlach 4, Diphtherie 10, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotskrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 12, Krankheiten des Verdauungscanals 146, Todtgeborene 19.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	15.—21. Juli	2385	28,9	—	1297	15,7
Paris	2 260 945	15.—21. Juli	1234	28,4	92	859	19,8
Brüssel	181 270	8.—14. Juli	96	27,5	6	69	19,8
Stockholm	221 549	8.—14. Juli	127	29,7	7	69	16,3
Kopenhagen	300 000	18.—24. Juli	211	36,6	7	137	23,7
Berlin	1 414 980	15.—21. Juli	832	30,6	34	577	21,3
Wien	800 836	15.—21. Juli	488	31,6	22	349	22,6
Pest	442 787	8.—14. Juli	278	32,6	18	268	31,5
Warschau	444 814	15.—21. Juli	272	31,7	16	260	30,3
Odessa	268 000	15.—21. Juli	—	—	3	144	27,9
St. Petersburg	732 881	22.—28. Juli	554	39,2	26	473	33,6

Дозв. ценз. Спб. 5. Августа 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.». Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

☛ **Inserate** werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. ☚ **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. **Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 33. St. Petersburg, 13. (25.) August 1888.

Zur Frage der künstlichen Ernährung des Säuglings.

(Aus dem St. Petersburger Findelhause.)

Von

Dr. F. Gräbner.

Schon vor längerer Zeit hatte Pasteur und nach ihm Lister, Hueppe u. A. nachgewiesen, dass die Milch an sich frei von gährungserregenden Fermenten und Bacterien sei, und erst durch von aussen her eindringende Bacterien in Gährung versetzt wird. Andererseits zeigten Bienstock und Esderich das constante Vorkommen gewisser Bacterien im Darmcanal und die ätiologischen Beziehungen einzelner derselben zu den Gährungs- und Fäulnissprocessen im Darm. Le Gendre brachte die im Kindesalter so häufigen verschiedenen Gastrointestinalaffectionen in directen causalen Zusammenhang mit bestimmten Bacterien und van Puteren wies nach, dass bei der künstlichen Ernährung des Säuglings die Zahl und Verschiedenartigkeit der im Magen gefundenen Bacterien bedeutend zunehme, bei sorgfältiger Reinigung des Mundes andererseits abnehme. Während diese in letzter Zeit erschienenen Arbeiten, bei aller Exactheit, die wir bei den modernen bacteriologischen Untersuchungen zu finden gewohnt sind, doch noch in vielen Einzelheiten der Controverse unterliegen und noch kein klares Bild von dem Einfluss der Mikroorganismen auf die in dem Intestinaltractus des Erwachsenen und speciell des Säuglings sich abspielenden physiologischen und pathologischen Vorgänge entwerfen, so steht doch soviel fest, dass dieser Einfluss vorhanden ist und namentlich in aetiologischer Beziehung bei vielen Magen-Darmaffectionen häufig allein in Betracht kommt. Es lag daher nahe, die praktische Nutzanwendung aus den Lehren der Bacteriologie zu ziehen und die künstliche Säuglingsnahrung, speciell die Kuhmilch *so* zu bereiten und dem Kinde *so* zu reichen, dass sie möglichst keimfrei in den Verdauungscanal gelangt und so auch in dieser Beziehung ihrem Vorbilde der Muttermilch möglichst ähnelt.

In der letzten Zeit wurden verschiedene Vorschläge nach dieser Richtung gemacht (Hesse etc.); jedoch den einzig richtigen Weg betrat Prof. Soxhlet, der die Aufgabe dadurch zu lösen suchte, dass er die für je eine Mahlzeit bestimmte Quantität des Surrogats durch längeres Kochen sterilisirte und *direct* aus den Kochfläschchen die Nahrung dem Kinde bot. Mit Recht betonte er, dass im Gegensatz zu der unsäglichen Mühe, die man sich gegeben hat, das für die Eigenthümlichkeiten des kindlichen Verdauungstractus am besten passende Surrogat zu finden, die *Technik der Bereitung* und Darreichung des Surrogats recht stiefmütterlich behandelt worden sei und vielfach in einem argen Widerspruche zu dem stehe, was wir über das Wesen und die Wirksamkeit der niederen Organismen wissen. Betreffs der mit seinem Kochapparat erzielten Resultate führte er nur kurz an, dass er ihn bei seinem eigenen Kinde, das mit verdünnter Kuhmilch gefüttert wurde, monatelang mit dem besten Erfolge angewandt habe. Ausserdem erwähnt Taube, dass er mit dem Soxhlet'schen Verfahren im Leipziger Waisenhause gute Resultate erzielt habe, und Prof. Huebner berichtete vor einigen Monaten in der Leipziger medicinischen Gesellschaft über 39 Fälle aus dem Ambulatorium der Universitätsklinik, bei welchen während des Sommers bei meist atrophischen Kindern die künstliche Fütterung nach Soxhlet's Angaben ausgeführt wurde. Letzterer erzielte dabei folgende Resultate: Von 34 Kindern, im Alter bis zu 6 Monaten, starben 7 an Gastrointestinalaffectionen, und von 5 Kindern im Alter von 7—11 Monaten blieben alle gesund — ein relativ sehr gutes Resultat. Sonst sind genauere Angaben über die durch Sterilisation des Surrogats erreichten Erfolge bisher, so viel mir bekannt, nicht veröffentlicht worden.

Es sei mir daher gestattet in Folgendem über eine längere Reihe von Fütterungsversuchen, die ich im St. Petersburger Kaiserlichen Findelhause vorgenommen, genauere Mittheilungen zu machen, weil sie, wie mir scheint, den wesentlichen Fortschritt in der Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge, der durch Einführung der Sterilisation des Surrogats bedingt ist, klar beweisen, und daher besser als allgemein gehaltene Empfehlungen geeignet sind, dem Soxhlet'schen Verfahren zur verdienten allgemeinen Verbreitung zu verhelfen. Dieser Fortschritt wird jedoch erst dann in das rechte Licht gesetzt, wenn man eine grössere Reihe von Versuchen, die vor und nach der Einführung der Sterilisation des Surrogats unter sonst gleichen Verhältnissen an-

gestellt wurden, vergleicht. Zu dem Zwecke erlaube ich mir einige Daten einer grösseren Arbeit zu entnehmen, die Dr. Kruse und Monkewitz 1873 und 1874 in den Berichten des *Kaiserl. St. Petersb. Findelhauses* (russ.) veröffentlichten. Kruse und Monkewitz hatten im Auftrage der Oberverwaltung des Findelhauses die gebräuchlichsten Surrogate der Reihe nach sowohl als Beinahrung, als auch als alleinige Nahrung bei Säuglingen der ersten zwei Lebensmonate angewandt und kamen, gestützt auf ihr reiches Material, zu folgenden Schlüssen:

Die *Fütterung* stellte sich als absolut unzulässig bei den in Frage kommenden Altersclassen heraus.

Die *Zufütterung* wurde in 199 Fällen mit condensirter Milch + Wasser (1 : 5), in 63 Fällen mit frischer Kuhmilch + condensirter Schweizermilch + Wasser, in 52 Fällen mit verdünnter Kuhmilch, in 108 Fällen mit schottländischem Hafermehl in Suppenform + Kuhmilch und in 108 Fällen mit Nestle's Kindermehl in Suppenform angewandt, wobei die Versuchsdauer meist einen Monat betrug und das Surrogat den Kindern in 4stündigen Intervallen viermal täglich gereicht wurde. Die jedesmalige Ration war gleich 60 Grm.; die Herstellung des Surrogats wurde in kupfernen geschlossenen Kesseln vorgenommen, aus welchen das fertige Präparat durch syphonartige Vorrichtung in die Saugflaschen geleitet wurde. Je zwei Kinder wurden von einer Amme gestillt, letzteren wurde gestattet, einmal in den Intervallen und ausserdem zweimal des Nachts den Kindern die Brust zu reichen. Die Resultate waren folgende: Die Kinder im Alter von 0—5 Tagen erkrankten fast alle bei jeglicher Zufütterung, die Hälfte derselben starb. Die 5—15 Tage alten Kinder hatten eine Mortalität von 48—70 %, die durchschnittliche tägliche Gewichtszunahme der Gesundgebliebenen betrug 16—21,4 Grm. Die besten Erfolge wurden in dieser Altersclasse mit verdünnter Schweizermilch erzielt. Die beim Beginn der Versuche 15 Tage und mehr zählenden Kinder hatten eine Morbidität von 26—64 % und eine Mortalität von 13—33 %. Die relativ schlechtesten Resultate wurden mit einem Gemisch von Milch und Hafersuppe erzielt. Diese im Allgemeinen negativen Resultate hatten zur Folge, dass die Anwendung von Surrogaten nur auf die syphilitische Abtheilung und die wenigen Kinder, die älter als 1—2 Monate und noch nicht von der Centralanstalt auf's Land geschickt waren, beschränkt blieb, trotzdem, dass die durch den periodisch auftretenden Ammenmangel und die steigende Frequenz bedingten Missstände mit jedem Jahr sich immer mehr geltend machten.

Vor 2 Jahren begann ich Fütterungsversuche mit einigen Surrogaten, die von meinen Vorgängern noch nicht in Anwendung gebracht waren. Ich beschränkte mich in Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse des Findelhauses auf die *Zufütterung* solcher Kinder, die zu zweien von einer Amme gestillt wurden und hielt mich in der Anordnung der Versuche möglichst an das Beispiel meiner Vorgänger, um so ein für Vergleiche brauchbares Material zu gewinnen. Es wurde 4 Mal in 4stündigen Intervallen je 60 Grm. des frisch bereiteten Surrogats den Säuglingen, die bei Beginn des Versuchs meist in einem Alter von 15—30 Tagen standen, gegeben.

Zuerst wurde *Kefir* versucht, dass von Semtschenko und später auch von Monti als diätetisches Heilmittel für das Kindesalter empfohlen nnd selbst bei Säuglingen von 4—6 Wochen mit Erfolg angewandt sein soll. Wenn auch der durch die Kefirpilze hervorgerufene Gährungsprocess weder streng geleitet noch controlirt werden kann und daher die Einverleibung eines so veränderlichen Präparates mit seinen wechselnden Mengen an Fettsäuren, Milchsäure etc. ein missliches Ding war, so sprachen doch Biel's Untersuchungen für die Anwendung desselben. Letzterer hatte nachgewiesen, dass die leichte Verdaulichkeit des Kefirs nicht durch die quantitative geringfügige Bildung von Lactosyntonid, Hemialbumose und anderer Albuminate bedingt ist, sondern durch die qualitativen Veränderungen des Caseins; die Spaltung des Kalkcaseats hoffte ich verwerthen, die schädliche Einwirkung der durch die Kefirgährung entwickelten Säuren durch Neutralisation unschädlich machen zu können. Im Uebrigen wurde das Getränk nach Dmitriew's Vorschrift in der Abtheilung frisch bereitet und 10 Kindern im Durchschnittsalter von 6 Wochen gegeben; bei der Mehrzahl traten nach wenigen Tagen acute Diarrhöen auf, so dass die Fortsetzung dieser Versuche aufgegeben werden musste.

Darauf versuchten wir Biedert's Rahmgemenge. Wenn ich auch mit diesem Surrogat nicht bessere Procentverhältnisse als K. und M. betreffs der Morbidität und Mortalität an Krankheiten des Intestinaltractus erzielte, so lag das wohl hauptsächlich daran, dass wir gewöhnlichen Rahm benutzen mussten, und uns nicht an Biedert's Vorschriften halten konnten, der verlangt, dass ein Rahm zur Verwendung komme, der nicht später als 2 Stunden nach dem Melken gewonnen sei. Wenn auch Biedert dabei nur einen bestimmten Fettgehalt im Auge hatte, so scheint mir doch der Umstand wichtiger, dass nach dem zweistündigen Stehnlassen die obere sich bildende Rahmschicht noch nicht in dem Maasse von etwa hineingerathenen Bacterien beeinflusst sein kann, als dies von dem gewöhnlichen Rahm anzunehmen ist, selbst wenn letzterer noch nicht sauer reagirt und beim Kochen gerinnt. Es würde vielleicht lohnen, mit einem Rahm Versuche anzustellen, der durch Centrifugalmaschinen sofort nach dem Melken gewonnen und nach Hesse's Vorschrift dann sterilisirt worden ist; man könnte so ein Product erzielen, dass in chemischer Beziehung durch Zusatz frischer Milch dem Biedert'schen Rahmgemenge völlig gleichgemacht werden könnte, ohne dessen praktische Inconvenienzen zu haben.

Das nächste der Prüfung unterworfene Surrogat war ein von Finnland aus in letzter Zeit unter dem Namen Avaena in den Handel gebrachtes Hafermehl. Avaena wird aus einem Hafer dargestellt, der ursprünglich aus Schottland stammt, grosse, sehr dunkel, fast schwarz gefärbte Körner hat, die vor dem Mahlen einer mehrstündigen Erhitzung unter bestimmtem Dampfdrucke und nachfolgender schneller Trocknung unterworfen werden. Das Mehl ist fein, hellbraun und hat einen nicht unangenehmen Hafergeschmack.

Der Umstand, dass Kruse und Monkewitz bei ihren Zufütterungsversuchen mit dem schottländischen Hafermehl die relativ schlechtesten Resultate gehabt hatten, war für weitere Versuche mit dem vorliegenden Präparate wenig einladend, trotzdem wollten wir dasselbe nicht unerprobt lassen, da eine von Mag. Martensohn vorgenommene Analyse der Avaena mit der Analyse des schottländischen Hafermehls von Dujardin-Beaumetz und Hardy verglichen, sehr zu Gunsten des ersteren sprach. Während nämlich das schottländische Mehl 64 % *Stärke*, 7,6 % Zellulose, 11,7 % eiweissartige Stoffe enthält, fand Martensohn in der Avaena 56,10 % Stärke, 1,27 % Zellulose, dagegen 15,62 % eiweissartige Stoffe und 6,33 % Dextrin. Der Fettgehalt war bei beiden Mehlarten annähernd derselbe, nämlich = 7,2 %. In kaltem Wasser lösten sich 7 % des Avaenamehls. Die angeführten Differenzen sind wohl der sorgfältigeren Reinigung und der anhaltenden Hitzeeinwirkung zuzuschieben, welcher das finnländische Präparat unterworfen wird. Bei dem Gebrauch des schottländischen Hafermehls beobachteten K. und M. sehr häufig Durchfälle, die meist in der 2.—3. Woche der Versuche eintraten und den Erfolg der Zufütterung vereitelten; sie schoben diese häufige Erscheinung auf den für die ersten Lebensmonate nicht verwerthbaren und daher schädlichen Stärkegehalt des Surrogats; wenn man aber in Betracht zieht, dass sie bei der Bereitung des Getränks einen Esslöffel Mehl auf 3 Glas Wasser nahmen und die Mischung 12 Stunden in offenem Gefäss stehen liessen, ehe sie filtrirten, auf 3 Theile des Filtrates 1 Theil Milch zusetzten und kochten, so ist es wohl wahrscheinlich, dass sie ein Gährungsproduct erhielten, welches nicht ohne schädliche Folgen für den kindlichen

Organismus bleiben konnte. In der Darstellung der Milch-hafersuppe wichen sie übrigens nur in sofern von Dujardin-Beaumetz ab, als dass sie verhältnissmässig weniger Mehl nahmen.

Wir liessen 2 Theelöffel Avaena auf ein Glas Wasser nehmen, die Flüssigkeit sofort kochen und erhielten so eine in warmem Zustande der gewöhnlichen Hafersuppe an Consistenz gleichkommende Lösung, die sofort frischbereitet zu je 60 Grm. den Kindern ohne Milchzusatz gereicht wurde. Bei den in dieser Weise gefütterten zehn Kindern, die beim Beginn des Versuchs 20—60 Tage alt waren, wurde die Zufütterung durchschnittlich 25 Tage fortgesetzt. Es stellte sich heraus, dass die meisten dabei abnahmen, das Getränk ungern nahmen und häufig darnach erbrachen, aber es traten keine Durchfälle ein, im Gegentheil bei mehreren zeigte sich eher eine Neigung zur Obstipation. Die Stühle waren nicht flüssig, meist breiig, schmutzigbraun. Als wir nun nach diesen Vorversuchen zur Darreichung eines Milch-Hafersuppengemisches gleich unseren Vorgängern übergehen wollten, lernten wir das von Prof. Soxhlet angegebene Verfahren der Sterilisation der Säuglingsnahrung kennen und wandten dasselbe bei allen folgenden Zufütterungsversuchen an.

In der ersten Zeit benutzten wir einen von Mag. Martensohn in der St. Petersburger med. Gesellschaft demonstrirten Apparat an, der einfacher und billiger als sein Vorbild, der Soxhlet'sche Apparat, ist, aber bei längerem Gebrauch viele Mängel zeigt. Soxhlet's Apparat ist sehr theuer (20 Mark), die Flaschen und die Sauger mit Gummirohr und Ventilvorrichtung (sog. Patentsauger) lassen sich schwer reinigen, auch trägt die Flaschengrösse dem wachsenden Nahrungsbedürfniss des Säuglings nicht Rechnung. — Martensohn's Apparat ist gleichfalls schwer zu reinigen, und wegen beständigen Ersatzes der häufig platzenden Flaschen kostspielig. — Wir liessen daher bei der hiesigen Firma *J. Rüting & Comp.* Sterilisationsapparate anfertigen, die sich selbst bei monatelangem Gebrauch ausgezeichnet bewährten. Dieselben bestehen aus einem mit einem Deckel versehenen Blechcylinder, der 19 Ctm. hoch ist und einen Durchmesser von 23 Ctm. hat. Der herausnehmbare Einsatz besteht aus zwei runden parallelliegenden Blechplatten, von denen die untere durchlöchert ist und auf dem Boden des Cylinders mit einigen 1 Ctm. hohen Blechfüsschen aufruht, an der Peripherie dieser Platte sind an zwei einander gegenüberliegenden Stellen die aus starkem Draht gefertigten Griffe angelöthet. Die obere Platte ist in mehreren Exemplaren vorräthig, mit je nach dem in Anwendung kommenden Flaschenkaliber verschieden grossen 6—8 runden Oeffnungen, sie wird durch seitlich angebrachte Schlitze über die Drahtgriffe gezogen und ruht auf der unteren Platte vermittelst ca. 3 Ctm. hoher Blechfüsschen. Die Flaschen sind aus starkem Glase gefertigt, sie haben Kolbenform, die eine gründliche Reinigung leicht gestattet. Sie sind in 4 Grössen, 60—100—140—180 Grm. haltend, vorräthig, so dass bei fortschreitendem Wachsthum des Kindes und dem entsprechend Grösserwerden, der jedesmaligen Ration des Surrogates die Flaschen und die dazugehörigen Platten gewechselt werden können, ohne dass eine Neuanschaffung des Cylinders nöthig wäre. Zu einem vollständigen Apparat gehören ausserdem die entsprechende Anzahl durchbohrter Gummipfropfen nebst Glasstäbchen und Saughütchen, ein Mensurglas, Flaschenbürste und Glastrichter.

Bei der *Bereitung* des Surrogats wichen wir nur unwesentlich von den von Soxhlet gegebenen Vorschriften ab: Die zweimal täglich frisch gebrachte Milch wurde sofort gekocht und dann in die Flaschen des Apparates zu je 4 Drachmen vertheilt. Hierzu kamen je 12 Drachmen einer frischbereiteten Hafersuppe (2 gestr. Theelöffel Mehl auf 1 Glas Wasser), so dass jedes Fläschchen 16 Drachmen = 60 Grm. des Milch-Hafersuppengemisches enthielt, die Fläschchen wurden mit den Gummipfropfen verschlossen, in den Einsatz gestellt, letzterer dann in den mit Wasser gefüllten Cylinder gebracht und der Apparat auf den Herd gestellt. Nach 20 Minuten langem Kochen wurden die Glasstäbchen in die Oeffnungen der Gummipfropfen gesteckt und nach weiterem 20—30 Minuten langem Kochen der Apparat vom Herde entfernt und abgekühlt. Die Flaschen wurden dann in desinficirende Borlösung getaucht, die Glasstäbe entfernt, und die bis dahin in Borsäurelösung aufbewahrten Saughütchen aufgesetzt. Die lauwarm temperirten Flaschen wurden darauf direct den Kindern gereicht.

In der ersten Zeit wählten wir ältere Kinder (30—60 Tage alt) und dehnten den Versuch nicht über 2—3 Wochen aus, als wir uns jedoch davon überzeugten, dass das Surrogat überraschend gut vertragen wurde, gingen wir auch auf die jüngeren Altersclassen (0—15, resp. 15—30 Tage) über und brachen den Versuch in der Regel nicht vor dem Ende eines Monats ab. Diesem frühesten Alter entsprechend wurden meist die Flaschen kleinsten Kalibers mit einer jedesmaligen Ration von 60 Grm. benutzt und nur ausnahmsweise (s. unten) nach einigen Wochen die Ration vergrössert, resp. das Kaliber der Flasche geändert. Die Zufütterung geschah wie bei den vorhergehenden Versuchen 4 Mal täglich in 4-stündigen Intervallen, desgleichen waren stets zwei Kinder einer Amme zugetheilt, und durften letztere ad libitum die Brust reichen. Die Ammen wurden nicht aus dem jeweiligen Vorrath des Hauses ausgewählt, sondern genommen, wie der Zufall es fügte. Ebenso wie K. und M. unterbrachen wir bei schweren Erkrankungen, sei es des Intestinaltractus oder anderer Organe, den Versuch und übergaben die betreffenden Kinder einzeln einer Amme. Dies geschah, wie aus dem Folgenden ersichtlich ist, äusserst selten. Ueber den Tag fortgesetzte Wägungen und tägliche Notizen über Zahl und Beschaffenheit der Stühle, Quantum des consumirten Surrogats etc. gaben ein für Vergleiche brauchbares Material.

Ueberblicken wir die *erste Versuchsreihe*, aus 25 Fällen bestehend, bei denen die Kinder beim Beginn ein Alter von 30—100 Tagen hatten, so finden nur bei einem Kinde eine mittlere tägliche Abnahme des Gewichts. Die tägliche mittlere Zunahme der übrigen betrug 13,7 im Durchschnitt, und wenn wir des besseren Vergleiches wegen nur die während des Versuches in jeder Beziehung gesund gebliebenen berücksichtigen, so belief sich die tägliche mittlere Zunahme auf 16 Grm. Ein subacuter Darmcatarrh wurde in drei Fällen beobachtet und hing auch in diesen dreien wahrscheinlich nicht vom Surrogat ab (bei 2 Kindern trat er während einiger Tage im Stad. floritionis der Windpocken auf, bei einem nach Erkrankung der Amme). Die durchschnittliche Versuchsdauer betrug 23,6 Tage.

Die *zweite Versuchsreihe* zählte 12 *Kinder* im Alter von 15—30 *Tagen*. In drei Fällen sind hier subacute Catarrhe des Intestinaltractus notirt; in einem derselben ergab ein Vergleich der Gewichtsbestimmungen eine durchschnittliche Gewichtsabnahme. Die tägliche Gewichtszunahme der Uebrigen betrug im Mittel 15,3 Grm. Die durchschnittliche Versuchsdauer war 28 Tage.

Die *dritte Versuchsreihe* enthielt 10 *Fälle* und betraf Kinder, die beim Beginn des Versuches 0—15 *Tage alt* waren. Hier kam es in einem Falle zum ersten Male vor, dass die Zufütterung aufgegeben werden musste, weil das betreffende Kind an acutem Darmcatarrh erkrankte; in 2 anderen Fällen wurden bald vorübergehende subacute Darmcatarrhe beobachtet. Die tägliche Gewichtszunahme betrug im Mittel 18 Grm. Die Versuchsdauer war 28 Tage.

Vergleichen wir nun die Resultate dieser drei Versuchsserien mit dem, was früher, *vor* Einführung des Soxhlet-schen Verfahrens erreicht wurde, so springt der grosse Unterschied betreffs der Morbidität und Mortalität in die Augen. Die tägliche durchschnittliche Gewichtszunahme hielt sich dagegen auf demselben Niveau, wie bei den früheren Versuchen. Namentlich auffallend war es, dass der Altersunterschied nicht in der früheren Weise den Erfolg der Zufütterung beeinflusste. Wir wählten daher zu den folgenden

Versuchen ausschliesslich Kinder, die 0—15 Tage alt waren, und begannen damit, dass wir 6 Kindern in den ersten 14 Tagen des Versuches ein Milchwassergemisch (1 : 3) *ohne* Avaenazusatz reichen liessen, in den folgenden 14 Tagen wurde in der früheren Weise Avaenasuppe zugesetzt. Das arithmetische Mittel der durchschnittlichen täglichen Gewichtsdifferenz in den ersten 14 Tagen betrug 4 Grm., in der zweiten Versuchsperiode dagegen 16,3 Grm., dementsprechend trat fast bei allen Kindern Erbrechen, klumpige oder frequente grünflüssige Stühle und Widerwillen gegen das Surrogat auf, während alle diese Erscheinungen schwanden, als in der zweiten Versuchsperiode die Milch mit Avaenasuppe anstatt mit Wasser verdünnt wurde.

In der Folgezeit wurden weitere 52 Kinder mit einem Initialalter von 5—15 Tagen in 2 Gruppen zu je 26 zugefüttert. In allen diesen Fällen blieben wir dem Milchavaenagemisch treu und liessen durchschnittlich einen Monat lang zufüttern.

Bei der ersten Gruppe wurde der Gesammterfolg dadurch beeinträchtigt, dass in der ersten Zeit ein hoher Rohrzuckerzusatz zur Beinahrung zugefügt wurde (ursprünglich sollte 38 Grm. auf 1000,0 des Gemisches versuchsweise zugesetzt werden, durch ein Versehen des Wartepersonals wurde statt dessen das doppelte Zuckerquantum ca. 2 Tage lang gegeben) Bei der Mehrzahl der Kinder traten in Folge dieses Zusatzes sofort Erbrechen, grüne Stühle und Abnahme des Gewichts auf, Erscheinungen, die meist bald schwanden, als der Zuckerzusatz zur Beinahrung weggelassen wurde, doch erkrankten 2 Kinder an schwerer Gastroenteritis, fünf an Dyspepsien und subacuten Intestinalcatarrhen. Die durchschnittliche tägliche Gewichtszunahme der Gesundgebliebenen betrug 13,5 Grm.

Bei der zweiten Gruppe wurde unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen die Zufütterung in der zweiten Hälfte des Juni begonnen. Die Ammen des Findelhauses waren durch mehrwöchentliches Fasten völlig erschöpft, die zur Präparation des Surrogats zur Verfügung stehende Kuhmilch (aus der Ferme K.) war nachweisbar mit Wasser verdünnt und hatte einen unangenehmen Kellergeruch, die Sommerhitze disponirte zu Gastrointestinalaffectionen, welche auch im Hause damals zahlreich vorkamen. Trotzdem trat nur in einem Falle ein acuter Darmcatarrh auf, der uns zwang, die Fütterung einzustellen, leichtere Erkrankungen wurden mit schneller Besserung in 4 Fällen beobachtet. Die übrigen Kinder nahmen in den ersten zehn Tagen stark ab, ohne eigentlich zu erkranken und erholten sich dann, als die Fastenzeit ihr Ende erreichte und gleichzeitig für bessere Milch gesorgt wurde, meist in kurzer Zeit. Die durchschnittliche tägliche Gewichtszunahme betrug trotzdem — unter dem Einflusse der ersten Periode — nur 11,3 Grm.

Gleichzeitig mit den 52 Kindern dieser beiden Gruppen wurden 8 Neugeborene (0—5 Tage beim Beginn des Versuchs) zugefüttert. Bei einem derselben musste die Zufütterung wegen acut auftretender Enteritis abgebrochen werden. Zweimal wurde subacuter Magencatarrh beobachtet. Sechs Kinder nahmen durchschnittlich 9,8 Grm. täglich zu, darunter eins täglich 19 Grm.

Schliesslich wurden zwei Kinder mit einem Initialalter von 12 resp. 13 Tagen 2 Monate lang zugefüttert. Da sie das Surrogat vortrefflich vertrugen, gingen wir nach 3 Wochen nach Beginn des Versuches zu stärkerem Milchzusatz über, d. h. wir gaben anstatt 4 — nun 6 Drachmen Milch mit 12 Drachmen Avaenasuppe, nach weiteren 8 Tagen 8 Drachmen Milch mit 16 Drachmen Avaena und nach einer weiteren Woche 12 Drachmen auf 24 Drachmen Avaenasuppe. In der 7. Woche des Versuches verringerte sich bei beiden Kindern gleichzeitig die tägliche Gewichtszunahme, die bis dahin ca. 20 Grm. pro die betragen hatte, sie weigerten sich das Surrogat zu nehmen, ohne dass betreffs des Stuhls etc. etwas Abnormes zu bemerken gewesen wäre. Geringer Zusatz von Kochsalz, darauf von Zucker zum Surrogat hatten nur häufigere Stühle zur Folge; wir liessen die Zusätze weg, verdünnten wiederum die Milch etwas mehr und die leichte Verdauungsstörung war gehoben.

(Schluss folgt.)

Referate.

Christian Ströhmberg: Das Dorpater Gymnasium in gesundheitlicher Beziehung. Ein Beitrag zur Schulhygiene für Lehrer, Eltern und Aerzte. (Dorpat. Druck von C. Mattiesen. 1888).

Verf. hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, die gesundheitlichen Verhältnisse des Dorpater Gymnasiums genauer zu untersuchen und die Wünsche, welche man berechtigter Weise an eine Aufbesserung derselben stellen kann, in klaren und präcisen Sätzen zu formuliren. Statt der allgemeingehaltenen Klagen, welche so häufig von ärztlicher Seite gegen die Schulverwaltungen gerichtet werden und der übertriebenen Forderungen, die sich mit den gegebenen Verhältnissen nicht in Einklang bringen lassen, sehen wir hier, auf Grund eingehender Untersuchung der Schullocalitäten, der Luft in den Classenräumen, der Beleuchtung, sowie der Subsellienfrage — Vorzüge und Nachtheile des Dorpater Gymnasiums ins rechte Licht gesetzt und den Schulvorständen greifbare Vorschläge unterbreitet, die gewiss nicht ungehört verhallen werden. Während der Cubikraum der Classen sich durchschnittlich in den von der Hygiene normirten Grenzen bewegt und einer schädlichen CO_2-Anhäufung durch zweckmässige Lüftung in vollkommen befriedigender Weise vorgebeugt wird, erweist sich die Lichtzufuhr als ungenügend — hinter dem normalen Verhältnisse von 1 Glasfläche zu 5 Bodenfläche weit zurückbleibendes, zwischen $^1/_7$—$^1/_{10}$ schwankend. Dazu kommt noch, dass die gegenüberliegenden Gebäude, Post und Kirche, den Zutritt des Lichtes durch die gegebene Glasfläche wesentlich beeinträchtigen. Als eine natürliche Folge dieser durch die Lage des Gymnasiums im Centrum der Stadt gegebenen ungünstigen Verhältnisse stellt sich nun bei den Schülern eine mit dem Alter und den Classen stetig zunehmende Myopie heraus. So finden wir in Unterseptima bereits 10 %, in Oberprima 44,8 % Myopen; nach dem Alter, unter den 10jährigen 7,7 %, unter den 20jährigen 50 % Myopen; oder auf die Gesammtzahl der Schüler 25,8 % Myopen. Dieses Verhältniss fordert Abhilfe, wenn der Staat nicht eine wesentliche Beeinträchtigung seiner Wehrkraft erleiden will; es fällt um so mehr ins Gewicht, als das Durchschnittsmaass der zum Militärdienst einberufenen Schüler des Dorpater Gymnasium 169—170 Ctm. beträgt, also das mittlere Maass der Einberufenen des Wjatka'schen, Wladimir'schen und Charkow'schen Gouvernements um 4—6 Ctm. überschreitet. Als ebenso ungünstig, wie unzweckmässig werden die gegenwärtig noch im Dorpater Gymnasium gebrauchten Subsellien bezeichnet, wenngleich durch Spielplatz und Turnhalle dem üblen Einfluss dieser Subsellien wohl einigermaassen vorgebeugt wird. Messungen des Brustumfanges in den verschiedenen Altersclassen ergeben, dass derselbe in keinem ganz richtigen Verhältniss zur Körperlänge steht, dass also körperlichen Uebungen ein grösserer Antheil an den zur Entwickelung nothwendigen Factoren einzuräumen wäre. Die Vorschläge zur Besserung, welche Verfasser auf pag. 112—116 in 36 Sätzen formulirt, werden gewiss den Beifall der wohlmeinenden Schuldirection in Dorpat finden und wenigstens zum Theil praktisch ausführbar sein. Wir empfehlen die Lectüre dieser überaus verdienstlichen, in streng sachlichem und doch durch Liebe zur Sache erwärmtem Tone geschriebenen Brochüre jedem, der durch seine Stellung berufen ist für das leibliche und geistige Wohl unserer Jugend Sorge zu tragen. Genaue Pläne des Gymnasiums mit Angabe des Cubikraumes und der Glasfläche in den einzelnen Classenräumen, sowie graphische Darstellungen der CO_2-Bestimmungen, der Zahl der Hypermetropen und Myopen, der Körperlänge etc. erleichtern das Verständniss. Die Ausstattung ist eine vorzügliche. W.

E. Schmiegelow: Ueber Geistesstörung, Zwangsbewegungen und andere Reflexneurosen, bedingt durch Krankheiten des Mittelohres. (Ugeskr. for Läger. R. 4. Bd. 15. Nordiskt Med. Arkiv. Bd. XIX. № 20).

Verf. beleuchtet in seiner Abhandlung, welchen weitgehenden Einfluss Leiden des Mittelohres auf fernliegende Nervenbahnen (theils sensitive, theils motorische) haben können. Er bespricht die verschiedenen experimentellen Versuche, welche die Bedeutung des Labyrinths für den Gleichgewichtszustand des Organismus gezeigt haben und illustrirt dieses Verhalten klinisch durch Mittheilung einer Krankengeschichte. Ein 34jähriger Mann, der an chronischer Suppuration im rechten Mittelohre und zugleich an Schmerzen in der rechten Seite des Kopfes nebst einem eigenthümlichen und höchst unangenehmen drückenden Gefühle oben im Kopfe in Verbindung mit ganz unmotivirten Angstanfällen litt und einmal einen Anfall von Zwangsbewegungen hatte, indem er plötzlich auf einem Spaziergange automatisch 10—15 Schritte zur Seite stürzte, wurde vollständig hergestellt nach Heilung des Ohrenleidens.

In einem zweiten Falle entwickelte sich bei einem 55jährigen Manne, der an chronischer Mittelohreiterung mit grossen Polypenwucherungen litt, vollständige Geisteskrankheit mit Verfolgungswahn und Selbstmordgedanken. Nach Entfernung der Polypen schwand auch die Geisteskrankheit. Buch (Willmanstrand).

K. Hasebrock: Analyse einer chylösen pericardialen Flüssigkeit (Chylopericardium). (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XII. pag. 289).

Die untersuchte chylöse Flüssigkeit war von Prof. v. Recklinghausen im Herzbeutel einer Leiche gefunden worden. Patient war wegen einer durch Ulceration bedingten Strictur der Trachea im unteren Theil tracheotomirt worden; die Strictur wurde nicht überwunden. Patient starb mit Erguss von blutigem Schleim in die grossen Luftwege gleich nach den Operationsversuchen. Bei der Section fanden sich keine Veränderungen in den Lungen, keine tuberculösen Herde, auch nicht in den übrigen Organen, ferner keine chylöse Flüssigkeit in den grossen Körperhöhlen, nur im Pericardium eine blauröthliche, sehr trübe Flüssigkeit, die wie mit einigen Tropfen Blut vermischte Milch aussah, aber keine Fibrinausscheidungen enthielt. Das Pericardium war ganz normal, nur an dem Pericardialüberzuge der Vena cava, an ihrem Eintritt in den Vorhof, eine gelbweisse Stelle, die sich beim Anschneiden nicht veränderte.

In der weisslichen Flüssigkeit verhielten sich die Körnchen wie Chyluskörperchen; sie schwanden in Essigsäure, während Eiweissfällung erfolgte, blassten ab in Glycerin, unter Bildung feiner Tröpfchen; nirgends bildeten sich Haufen oder Colonien von Mikrokokken, nirgends Ketten von Stäbchen, nirgends zeigte sich spontane Bewegung.

Die Flüssigkeit 22,6 Ccm. enthielt in 1000 Theilen: 892,782 Thl. Wasser und 103,662 Thl. feste Stoffe; diese waren 73,789 Albuminstoffe; 3,34 Cholesterin; 1,771 Lecithin; 10,767 Fette; 2,048 Alcoholextractstoffe; 2,555 Wasserextractstoffe; 9,336 Thl. Salze.

Bisher sind nur drei Analysen von pericardialen Flüssigkeiten ausgeführt worden, von Gorup-Besanez, Wachsmuth und Hoppe-Seyler, und sämmtliche ergaben eine vollkommen andere Zusammensetzung als vorliegende Flüssigkeit. Der Gehalt an festen Substanzen wurde von jenen Forschern in 1000 Theilen zu 44,9, 37,5, 38,22 gefunden, während Hasebrock 103,612 angiebt; Albumin fanden genannte 3 Forscher 24,7, 22,8 und 24,63, Hasebrock jedoch 73,789. Verfasser zieht aus dem Vergleich dieser Zahlen den Schluss, dass vorliegende Flüssigkeit kein einfaches seröses oder serofibrinöses Transsudat gewesen sei. Er glaubt die Flüssigkeit sei Chylus gewesen und gründet seine Ansicht auf folgende Puncte: Zunächst ist es der hohe Fettgehalt 10,767‰, entsprechend dem Fettgehalt des Chylus. Ferner hat Quincke zwei Fälle beschrieben, wo in Folge von Zerreissung von Chylusgefässen Ergüsse von Chylus oder nach Stauung in einem Chylusgefäss, capillare Chylusaustritte in die Pleura- und Peritonäalhöhle stattfanden. Der Aetherauszug der durch Punction entleerten Flüssigkeiten, enthaltend Cholesterin, Lecithin und Fette, betrug im ersten Fall (Pleurahöhle) 10,78‰ bis 12,63‰, im zweiten Fall (Bauchhöhle) 16,8‰ bis 18,7‰; Hasebrock fand nur 15,88‰, die ziemlich übereinstimmen mit den vorstehenden Analysen.

Auch Hoppe-Seyler hat eine Analyse eines Chylusergusses in die Bauchhöhle ausgeführt und in Aetherextract das Verhältniss von Lecithin: Cholesterin: Fett wie 1 : 1,6 : 9,1 gefunden, während Hasebrock das Verhältniss derselben Substanzen zu einander wie 1 : 1,9 : 6,1 fand. Er erklärt den von ihm gefundenen höheren Fettgehalt (9,1) dadurch, dass der Chylus im Peritonäalraum viel fettreicher ist, als sonst wo im Körper. Aus demselben Grunde sei auch Quincke's oben für den Fall II. angeführte hohe Zahl zu erklären.

Es handelte sich im vorliegenden Fall wohl um Berstung eines Chylusgefässes oder um einen capillaren Austritt von Chylus in Folge von Stauung. Der Fall bietet besonderes Interesse, da bis jetzt ein Fall von Chylopericardium noch nicht beobachtet worden ist. T—n.

Th. A. Stazewitsch: Ueber den Scorbut in unserer Armee. (Trud. Ob. Woen. Wr. w Moskwe. 1887/88 № 1).

Diese Schrift verdient Beachtung, da sie klar geschrieben ist und aus derselben hervorleuchtet, dass der Vf. betreffs der von ihm behandelten Frage viel praktische Erfahrungen gesammelt hat. — Vf. kommt zum Schluss, dass der Scorbut ein Krankheitsprocess sei, der zur Gruppe der nichtansteckenden, auf Fäulniss beruhenden Krankheiten zu zählen ist; die epidemische Verbreitung des Scorbuts in Friedenszeiten in unserer Armee ist direct in Beziehung mit den schlechten, nicht immer unverdorbenen Producten der Soldatennahrung zu bringen. Die einzelnen (sporadischen) Fälle von Scorbut in Truppentheilen und Hospitälern sind auf das Ungewohntsein Vieler an die Ernährung mit einer einseitigen und geschmacklosen Speise zurückzuführen. Verf. schlägt vor Central-Schlachthöfe für in die Gouvernementsstädte dislocirten Truppentheile zu gründen, um dem Betrug der Podrätschiki (Lieferanten) beim Liefern des Fleisches vorzubeugen; die Oeconomie in den Truppentheilen direct den einzelnen Rotten- (Compagnie) Chefs unter Controlle des Regiments-Commandeurs und des Oberarztes zu überlassen, das Verbessern (сдабриваніе) des verdorbenen Mehls in den Kronsmagazinen zu verbieten und eine weniger einseitige Kost bei den Truppen einzuführen: 2 Mal in der Woche Kohlsuppe, 2 Mal Kartoffelsuppe, 1 Mal Suppe aus rothen Rüben, 1 Mal Erbsensuppe und 1 Mal russische Nudeln. — Verf. sieht als die Erscheinung des Scorbuts begünstigende Ursachen an: die Einseitigkeit der Kost und feuchte Quartiere. Die chemische Zusammensetzung der Kost des russischen Soldaten hält Verf. für günstig, da er in dem grossen Gehalt an Pflanzenalbumin und Kohlenhydraten keinen Fehler sieht, weil der russische Bauer an Pflanzenkost gewöhnt ist. —i—

S. S. Bishop (Chicago: Die Pathologie des Heufiebers. (Journ. of the Americ. Med. Associat. 1888. X. № 11).

Verf. schlägt für diese Krankheit den Namen «nervöser Catarrh» vor und hält sie für eine Reflexneurose. Drei Momente bedingen dieselbe: 1) abnorm erregbare Nervencentra; 2) Hyperästhesie der peripheren Enden der sensiblen Nerven; 3) die Gegenwart eines reizenden Agens der verschiedensten Art. — Ausschluss eines dieser drei verhindert das Zustandekommen des Anfalls. «Setzen wir die Erregbarkeit der Nervencentra durch gewisse Cerebralsedativa herab, und die Attaque ist verhütet oder angehalten. Anästhesiren wir das Nervendepôt eines hypersensitiven Gebiets, das Resultat ist dasselbe. Schaffen wir den Pat. fort aus dem Bereiche der reizenden Ursache, und er fühlt sich so «comfortable», als nur ein Sterblicher es sein kann».

Den Reichthum seiner Beweismittel und der Beweisführung (Heredität, nervöses Temperament der Pat., die Plötzlichkeit des Auftretens und Schwindens der Attaque, die Wirkung der Sedativa, Tonica und Stimulantia, die Einwirkung von Gemüthsbewegungen, die zuweilen negativen Resultate der Localbehandlung, die Abhängigkeit der Attaque von Erregung anderer Nervenbezirke als in der Nase, der Umstand, dass das Auftreten der Attaque nicht an die Sommerzeit gebunden etc.) wollen wir nur in Kürze erwähnen und unterschreiben gern Verf.'s Schlusssatz: Alle in unserem Besitze befindlichen Facta zwingen uns zum Schlusse, dass die Wucht der Beweise zu Gunsten der Lehre spricht, dass das Heufieber eine Reflexneurose (reflex functionel nervous disease) ist». N.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

W. Brügelmann (Director des Inselbades bei Paderborn): Ueber Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. Berlin und Neuwied. Heuser's Verlag. 1888. 68 p.

Verfasser, der in diesem Buche die Erfahrungen und Beobachtungen seiner 10jährigen Thätigkeit als Leiter der für Asthmatische eingerichteten Anstalt Inselbad bei Paderborn niedergelegt hat, unterscheidet 5 Grundformen dieser Krankheit, die natürlich vielfach in einander übergehen können und aetiologisch die allerverschiedensten therapeutischen Maassnahmen beanspruchen. Es sind dies:

1. Das *nasale Asthma*.
2. Das *pharyngo-laryngeale*.
3. Das *bronchiale*.
4. Das *Intoxicationsasthma*.
5. Das *neurasthenische Asthma*.

Nach ihm kommt der Bronchialkrampf, dessen Erklärung von jeher den Forschern zu schaffen gemacht hat, durch Erregung des Centralorgans zu Stande. Irgend ein Nervenende ist durch Krankheits-Zustände seiner Umgebung in einen gereizten Zustand versetzt worden. Die hierdurch auf das Centralorgan übertragenen, anfangs unschädlichen Reize wachsen unweigerlich heran und die Reaction macht sich durch die Respirationscentra als perverse Athmung geltend.

Der Lage dieser mechanisch gereizten Nervenenden entsprechend lassen sich in Nase, Hals und Kehlkopf sogenannte Asthmapuncte finden, auf deren Ausschaltung die Behandlung hinzielen müsste.

Neben dieser Anschauung stellt Verfasser noch eine weitere Hypothese auf, die in seiner 4. Grundform dem Intoxicationsasthma zum Ausdruck gelangt. Durch irgend welches Hinderniss im Athmungstractus werde eine Ueberfüllung von CO_2 im Centralorgane erzeugt, welche primär oder secundär zum Asthmaerreger werden könne.

Endlich unterscheidet B. complicirtere Formen, die meist auf neurasthenischer Grundlage beruhen.

1. *Das nasale Asthma* ist durch Schwellungen der Nasenmuscheln, Hypertrophie der Schwellkörper, Polypen aller Art, durch partiellen oder vollkommenen Verschluss der Nase, Exostosen u. s. w. gekennzeichnet. Der Asthmapunct sitzt in der Nase und die Krankheit muss auf chronische Reizungen der Nervi erigentes des Vagus oder Trigeminus zurückgeführt werden. Die Prognose quoad valetudinem ist im Allgemeinen günstig. Die Behandlung, die eine rhinologische sein muss, ist bei der Möglichkeit die gereizte Stelle in der Nase zu ermitteln vor anderen Asthmaformen die dankbarste.

2. Beim *pharyngo-laryngealen Asthma* liegen die Asthmapuncte im Nasenrachenraum, der Rachentonsille, der Bursa pharyngea, den Mandeln, dem Rachen, dem Kehlkopf oder der Trachea. Die Auffindung der Krankheitserreger macht bedeutende Schwierigkeiten, da oft neben greifbaren Anomalien unscheinbare, kleine Entzündungen einen Asthmapunct in sich bergen, von dessen Ermittelung die Prognose abhängig ist.

3. Das *bronchiale Asthma*. Nase und Hals sind intact, dagegen findet man die Symptome eines durch acute Nachschübe fortwährend unterhaltenen chronischen Bronchialcatarrhs. Dabei wird durch einen der vielfachen Reize das Centralorgan der Art afficirt, dass das Athmungsgeschäft mit in den krampfartigen Zustand geräth, in welchem sich das Centralorgan befindet. Der Sitz dieses Asthmas muss in den Bronchien gesucht werden. Die Prognose wird häufig durch Complicationen (Phthise und Tuberculose, Bronchialcatarrh, Emphy-

sem, Pleuritis u. s. w.) getrübt. Eine vollständig reine Form ist kaum je beobachtet worden. Therapeutisch kommt neben der Berücksichtigung allgemeiner Vorschriften die Pneumato- und Inhalationstherapie in Betracht, wobei Verf. auf die oft überraschenden Wirkungen der natürlichen N-Inhalationen aufmerksam macht, wie sie allein in Inselbad und Lippspringe vorkommen.

Während bei den genannten Formen der Name schon den Entstehungsort kennzeichnet, kann

4. bei dem *Intoxicationsasthma* die krankmachende Ursache *überall*, in der Nase, dem Rachen, dem Kehlkopf, der Trachea und den Bronchien liegen. Durch das Athmungshinderniss wird der Rhythmus der Athmung alterirt, wobei gleichzeitig durch Verkümmerung des normalen Inspirationsquantums an Sauerstoff eine Ueberfüllung des Gehirns an CO_2 eintreten muss. Wenn der Wille des Patienten, der dem Athmungshinderniss entgegenwirkt, durch die Dauer desselben erlahmt oder im Schlafe naturgemäss eliminirt wird, ist der Anfall fertig.

Hier ist die Waldenburg'sche Pneumatotherapie am Platz, die durch Zufuhr O reicher Luft und Abfuhr des CO_2Ueberschusses Ein- und Ausathmung regelt.

5. Das *neurasthenische Asthma*. Bei der Untersuchung der mit dieser Form behafteten Pat. muss unser Augenmerk selbst auf die kleinste Anomalie des Körpers gerichtet sein, eingedenk der Thatsache, dass von allen möglichen Stellen des Körpers — auch von der Genitalsphäre her — Asthma erregt werden kann. Trotz allen Suchens findet sich häufig nur ein allgemein neurasthenischer Zustand. Die Prognose ist eine unsichere; die Behandlung eine den complicirten Zuständen angepasste. Da diese Form des Asthma selten sehr hochgradig ist, sondern einen mehr stabilen Verlauf zeigt, so hat die Pneumatotherapie auch hier Erfolge aufzuweisen. Für ebenso wichtig hält Verfasser hydrotherapeutische Maassnahmen, unter denen er die temperirten Douchen obenan stellt.

Wer Asthmatische behandeln will, muss also nach B. nicht allein Pneumatotherapeut sein, sondern auch Rhino- und Laryngologe, Neurologe, Hydrotherapeut und Gynäkologe. Für alle Fälle sei die Berücksichtigung der Gesammtconstitution nothwendig, für die schwereren verlangt Verfasser aber genau ebenso die Anstaltsbehandlung, wie dieselbe für die rationelle Behandlung der Tuberculose als die wichtigste allseitig anerkannt wird. Es ist begreiflich, dass auf die Ausführungen des an sich sehr anziehend behandelten Stoffes, sowie die Einzelheiten der therapeutischen Eingriffe nicht näher eingegangen werden kann. Es muss hier auf das Original verwiesen werden.

Otto (Dorpat).

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Klinische Zeit- und Streitfragen herausgegeben v. Prof. Dr. Schnitzler. Ueber Antipyrese. Kritische Studie über die neueren antipyretischen Mittel und Methoden von Prof. Dr. Josef Fischl in Prag. — Wien 1888. Beilage zur «Internationalen klinischen Rundschau». Preis 1. Mk.

— La Phthisie pulmonaire par les médecins H. Hérard, V. Cornil, V. Handt. 2. edition avec 65 figures et 2 planches en chromolithographie. — Paris ancienne librairie 1888. Felix Aecan. Pr. 20 Fr.

— Хлѣбъ. Мих. Фед. Попова. — Харьковъ 1888. Типографія Адольфа Дарре.

— Архивъ психіатріи, нейрологіи и судебной психопатологіи. Томъ XII. Къ вопросу о качествахъ вкусовыхъ ощущеній. И. А. Бухаловъ. — Харьковъ 1888. Типографія Зильберга.

— Populäre Darstellung der Krankheiten der Blase, der Nieren, sowie der Harnorgane hinsichtlich ihrer Ursachen, Symptome, Folgen und ihrer rationellen Behandlung von F. C. Bauer. 3. verbesserte Auflage. — Basel, Binningen (Schweiz). September 1888.

— Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie, mit besonderer Rücksichtnahme auf Studirende etc. von Dr. Koch, Director d. K. W. Staatsirrenanstalt Zwiefalten. — Ravensberg 1888. Verlag d. Dorn'schen Buchhandlung. Pr. 3 Mk.

— Ueber Paralysis agitans (Schüttellähmung) von Dr. Anton Heimann. — Berlin 1888. Verlag v. August Hirschwald.

— Ueber subjective Gehörswahrnehmungen und deren Behandlung von Dr. Eichbaum. — Berlin und Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser). Pr. 1 Mk.

— Real-Encyclopädie der gesammten Pharmacie. Handwörterbuch für Apotheker und Aerzte. Herausgegeben von Dr. E. Geissler und Dr. J. Moeller. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Wien und Leipzig 1888. Urban & Schwarzenberg. 56.—57. und 58—60. Lieferung. Preis pro Heft 1 Mk. Pr. pro Band 15 Mk.

— Kraniometrie und Kephalometrie. Vorlesungen von Prof. Dr. Moritz Benedict. Mit 36 Holzschnitten. — Wien und Leipzig 1888. Urban & Schwarzenberg.

— Травматическія поврежденія селезенки въ судебно-медицинск. отношеніи Д-ра Э. Ф. Беллена. — Харьковъ 1888.

— Perimetritis lateralis и его лѣченіе. Проф. К. Ф. Славянскаго. — С.-Петербургъ 1888. Типогр. Суворина.

— XXV. 1863—1888. Празднованіе совершившагося двадцатипятилѣтія общества Архангельскихъ врачей 10 Января 1888 года.

— Отчеты о дѣятельности Одесскаго бальнеологическаго общества. Выпускъ III. 1883—1887. — Одесса 1888. Подъ ред. Д-ра М. Погребинскаго.

— Ueber die Oxynaphtolsäure und ihre physiologischen Wirkungen von Dr. Ellenberger und Dr. Hofmeister. (Separatabz. aus d. Deutsch. Zeitschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. VIII. Bd.).

— Курсъ Гигіены. Проф. Ф. Ф. Эрисмана. Томъ III. Выпускъ I. — Москва 1888. Типогр. А. А. Карцева. Ц. 1 р. 50 коп.

— Медицинскій сборникъ варшавскаго уяздовскаго военнаго госпиталя. Годъ I. Выпускъ I. — Варшава 1888.

— Pneumonia et mortality and treatment by Henry Hartshorne M. D. (Reprinted from the transactions of the college of Physicians of Philadelphia. Febr. 1. 1888).

— Die Schularztdebatte auf dem internationalen hygienischen Congresse zu Wien. Bericht v. Prof. Cohn. Hamburg und Leipzig 1888. L. Voss. Pr. 1 Mk.

— Sul valore antipiretico dello strofanto Dott. V. Martini. Estratto dal Boll della Sezione dei Cultori delle Scienze Medico Menella R. Accad. dei Fisiocritici di Siena. Anno VI. Fasc. I). — 1888.

— Neura von Dr. L. A. Damm. 5., 6. und 7. Lieferung. — München 1887. Pr. 80 Pf.

— Труды Акушерско-гинеколог. общества въ Москвѣ за 1887 годъ.

— Vierter Jahresbericht über die Wirksamkeit des Evangelischen Hospitals in Moskau. — 1888.

— Die wissenschaftliche Medicin und die Bacteriologie gegenüber der Experimentalmethode v. Dr. Mariano Semmola. Aus dem Ital. von Alfredo del Torre. — Wien 1888. Braumüller.

— Die manuelle Behandlung des Prolapsus uteri von Dr. Paul Profanter in Franzensbad. — Wien 1888. Braumüller.

— Къ вопросу о дѣйствіи жаропонижающихъ таллина, антипирина и антифебрина на температуру и на потерю тепла кожею лихорадящаго организма. Диссертація Федора Пастернацкаго. — С.-Петербургъ 1888.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung den 20. April.

1. Dr. Ed. Schwarz stellt die auf seinen Vortrag (cf. Sitzung am 6. April) bezügl. Kranke vor:

Frau A. Sch., 36 a. n., Bewegungsstörung der l. Hand und zwar Lähmung sämmtlicher kleinen Handmuskeln ohne Atrophie oder Entartungsreaction. Geringe Abmagerung der Hand. Sensibilität fast normal. Muskelsinn herabgesetzt. Eine Störung findet sich an der Hand, die Vortr. nach Analogie der Seelenblindheit mit Seelenanästhesie bezeichnet: Pat. vermag sich bei geschlossenen Augen mit der linken Hand über die Aussenwelt nicht zu orientiren, es gelingt ihr nicht, ein in die Hand gedrücktes Schlüsselbund, ein Taschenmesser, ein Bürstchen etc. von einander zu unterscheiden. Diese letztere Störung weise ebenso wie die Lähmung selbst auf eine Störung in der Hirnrinde, weil die Lähmung Zweige verschiedener Nerven betreffe und weil die betroffenen Nerven in einzelnen Zweigen gelähmt seien: ebenso weise auch der monoplege Charakter der Lähmung auf die Rinde. Anamnestisch theilt Vortr. mit: seit 81 leide Pat. an Krämpfen, mit einer Aura im linken Daumen beginnend. In den ersten Jahren seien die Krämpfe allgemein gewesen, mit Bewusstlosigkeit verbunden, in letzter Zeit blieben sie, meist mit erhaltenem Bewusstsein, auf den linken Arm beschränkt. Bei diesen typischen Jackson'schen Krämpfen finde sich immer bei der Section Erkrankung in der motor. Region der Hirnrinde. Ophthalmoskopisch finde sich Sehnervenatrophie und perivasculäre Streifen am linken Auge, was auf eine abgelaufene Neurit. optica zu beziehen sei. Zweimalige perimetrische Aufnahmen bestätigen diese Vermuthung. Pat. ist mit einem luetischen Manne verheirathet und hat 5 Mal theils abortirt, theils rechtzeitig Kinder zur Welt gebracht, die bald an Lues zu Grunde gingen.

Die Gesammtheit der Symptome lassen Vortr. mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Gumma, resp. dessen Narbe in der vorderen Centralwindung gegenüber der mittleren Stirnwindung als Grund der vorliegenden Störung annehmen. Der günstige Erfolg wiederholter specifischer Curen, die Pat. soweit gebracht, dass sich der auf den Arm beschränkte Krampf nur 3—4 Mal jährlich wiederholt, stütze die Annahme.

Zum Schluss erklärt Vortr., er halte die Trepanation für indicirt, wenn der Sitz des Gumma in der Hirnrinde mit Sicherheit zu bestimmen sei.

Auf die Frage Dr. Bergmann's, ob Vortr. jedes Gumma der Hirnrinde als Indication zur Trepanation hinstellen wolle, entgegnet Dr. Schwarz: nur mit fulminanten Erscheinungen, bei vitaler Indication und bei sicher diagnosticirter Localisation. Jedenfalls sei vorher der Erfolg einer specifischen Cur abzuwarten.

Dr. Tiling: Der Umstand, dass es sich um so stabile Symptome und anscheinend auch Störung trophischer Natur handle, mache ihm die Rindenerkrankung doch zweifelhaft.

Dr. Schwarz: Um transitorische Störungen handle sich's bei Lähmung der sogen. psychomotor. Centren, nicht bei Rindenerkrankung. Im vorgestellten Falle läge entschieden nicht Atrophie des Armes, sondern einfach Abmagerung vor. (Besserung durch Massage und Faradisation). Die peripheren Nerven und die grauen Vordersäulen seien auszuschliessen, für die Medulla seien die Affectionen zu wenig verbreitete. Auch die epileptischen Krämpfe deuteten auf die Rinde (Luciani).

Dr. v. Rautenfeld zweifelt die Localisation nicht an; nur in Bezug auf die Seelenanästhesie schliesst er sich Redner nicht an, sondern will die Symptome auf Fehlen des Muskelsinnes, wie sie bei der Ataxie beobachtet werden, zurückführen.

Dr. Schwarz: Der Muskelsinn sei im ganzen Arm erhalten. Ein Tabetiker mit so intacter Sensibilität könne sich vorzüglich orientiren. Da alle anderen Symptome auf die Rinde wiesen, sei für das eine Phänomen eine anderweitige Localisation schwer annehmbar.

Dr. Holst findet in beregtem Symptombilde gerade eine Bestätigung der Rindenlocalisation, da die Seelenanästhesie eine nicht seltene Erscheinung der Hysterie und hier auf die Hirnrinde zu beziehen sei.

Dr. Merklin weist darauf hin, dass nach Bernhard Tumoren der Hirnrinde gerade derartige feine Sensibilitätsstörungen veranlassten. Auch wenn der Muskelsinn verantwortlich zu machen wäre, so handelte sich's immerhin um sensible Störung der Muskeln und Gelenke.

Dr. v. Rautenfeld erklärt ebenfalls die Symptome in toto auf die Hirnrinde zu beziehen.

Sitzung am 4. Mai.

1. Dr. Voss demonstrirt eine von einer Section im Krankenhause stammende Ovarialcyste. Die Cyste enthält der Wand anhaftende Haare, Zähne und ein mit Zähnen besetztes Knochenstück (Unterkiefer?). Die Cyste enthält eine zweite, gleichfalls dermoiden Charakters, vollständig geschlossene, weshalb Vortr. sie nicht für eine vernarbte Tasche, sondern vielmehr die ganze Neubildung für eine multiloculäre Dermoidcyste anzusprechen geneigt ist. Auch das zweite Ovarium trug eine Dermoidcyste.

Hierzu berichtet Dr. Hampeln, Pat. sei im letzten Stadium einer Nephritis in's Krankenhaus gekommen, weshalb die Operation unterblieben.

Dr. v. Hübner: Erfahrungen aus der Kinderpraxis: a) Ueber Badebehandlung bei Scharlach; b) Metastasen bei Mumps; c) Zur Tenacität des Diphtherievirus; d) Fieber und Eiweissausscheidung bei Varicellen. (Erscheint im Drucke).

Dr. Freymann wendet bei Scharlach wie bei allen acuten Infectionskrankheiten gern Bäder an, sieht aber in ihnen nicht ein sicheres Schutzmittel gegen Complicationen.

Speciell die Nephritis scarlatinosa ist er geneigt als recurrirende Erkrankung, begründet in der Natur der jedesmaligen Infection aufzufassen, ebenso wie ein nach ca. 2 Wochen wieder auftretendes Exanthem beobachtet werde.

Dr. v. Hübner meint durch das Bad doch schwerste Fälle durchzubringen. Wenn auch die Nierenerkrankung von der Therapie unabhängig sei, erscheine es rationell für Pflege des vicariirenden Hautorganes zu sorgen. Er halte es dafür, dass Nieren- und Hauterkrankung gleichzeitig eintreten, erstere indessen später erst manifest werde.

Dr. Hampeln spricht sich ebenfalls für die Bäder aus, erklärt es aber für misslich, bei dubiöser Prognose die Behandlung gegen die Abneigung der Umgebung durchzusetzen. Die Fetteinreibung habe er, wie bei Erysipel, von günstiger Wirkung gefunden. Dass sie die Perspiration hemme, bleibe noch zu beweisen.

Dr. v. Hübner betont nochmals die Wichtigkeit des frühen Badens. Fetteinreibung, ein sicheres Schutzmittel gegen Kälte, unterstütze die Verbrennung des Körpers, sei somit irrationell. Bei Erysipel verwende man Fett als Menstrum für Desinficientien.

Dr. Treymann hat trotz Bäder Urämie erlebt und zwar bei 9 Kranken gleichzeitig.

Dr. Kröger tritt gleichfalls für die Fetteinreibung ein.

Dr. Hampeln: Der Beeinträchtigung der Wärmeabgabe durch Fetteinreibung könne durch kühle Zimmertemperatur die Waage gehalten werden. Als Gegner der Bäder führt er Henoch an.

Dr. Deubner bestätigt, dass Henoch hier und da gegen nervöse Symptome temperirte Bäder 27—29° anwende, niemals zur Antipyrese.

Dr. Treymann verordnet bei Kindern das Bad zu 27° mit Abkühlung auf 24 bis höchstens 22°.

Dr. v. Hübner: Versuche mit Immisch's Patent-Metallthermometer und dem sog. Minutenthermometer gegenüber dem gebräuchlichen Quecksilberthermometer mit Maximum. Vortr. kam zu folgenden Resultaten: Das Minutenthermometer steigt zwar rascher, ist aber in der heutigen Form ungenauer als das gewöhnliche Quecksilberthermometer. Das Metallthermometer giebt sichere Messungen auch erst nach 10 Minuten, ist theuer und bietet keine wesentlichen Vorzüge. Zu beschleunigter Messung diene am besten das von einem russischen Arzte angegebene Verfahren, das Thermometer auf etwa 43° zu erhitzen und den Abfall der Säule zu beobachten.

Dr. Förster theilt mit, dass er im Herbst einen Taschenkalender pro 1889 für deutsche Aerzte in Russland herausgeben werde und empfiehlt das Unternehmen der Unterstützung der Collegen.

Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Dr. Boas (deutsche med. Wochenschr.) empfiehlt als Abführmittel bei habitueller Stuhlverstopfung *Glycerinsuppositorien* anstatt der bekannten Glycerinklysmen, da letztere namentlich bei Hämorrhoidariern und bei irritabler Mastdarmschleimhaut schwierig anzuwenden sind. Er gebraucht die von Sauter in Genf fabrikmässig hergestellten Deckelzäpfchen, von denen die grössten die erforderliche Dosis von 1,0 Glycerin aufnehmen. 15—20 Minuten nach Application eines Glycerinsuppositoriums entsteht ein lebhafter, jedoch nicht von Tenesmus und anderen Beschwerden begleiteter Stuhldrang, dem schnell eine ausgiebige Entleerung folgt.

— Squirer (New-York Medic. Record. June 2. 1888) sucht bei beginnenden Mammaabscessen den zur Verhärtung führenden Ausführungsgang mit der Loupe auf, erweitert ihn mit einer dünnen silbernen Sonde und saugt dann den Inhalt mit einer Brustpumpe aus, welche aus einem Glascylinder besteht, der an einem Ende einen capillären Katheter, am andern einen Saugballen aus Kautschuk trägt. Hz.

— Petit, Troisier und Raymond haben jeder laut Notiz im New-York Med. Record von May 20. 1888 ein neues charakteristisches (?) Symptom für Krebs des Cervix uteri gefunden, nämlich eine vergrösserte Lymphdrüse oberhalb des linken Schlüsselbeins. Hz.

— Ein Arzt erzählt im American Magazine, dass er die Mutter eines kranken Mädchens aufgefordert, jedesmal, wenn sie sich nach dem Befinden ihrer Tochter erkundigt hatte, einen Strich auf einem Blatte Papier zu machen; sie fand zu ihrem grossen Erstaunen am andern Tage 109 Striche und wurde, zum Nutzen des kranken Mädchens auf 3 Monate von Hause geschickt.

(Cincinnati Lancet Clinik May 9. 1888).

— Nach Dr. Tinkham in Weyncoth wird die Löslichkeit von Benzoesäure durch den Zusatz von Borax sehr erhöht und verschreibt T. gegen Blasenreizung (irritable bladder): Rp. Acidi benzoici ʒjj, Boracis ʒjjj, Aquae ℥jj. Für gewöhnlich löst sich die Benzoesäure in 500 Theilen kalten und 15 Theilen kochenden Wassers.

(New-York Med. Record. May 26. 1888). Hz.

— Dr. Guibout (New-York Med. Record. June 9. 1888) empfiehlt gegen Herpes Zoster das Aufstreichen von Collodium elasticum, welches local anästetisch wirke, einen gleichförmigen Druck ausübe und den Luftzutritt zum Ausschlage verhindere. Hz.

— Im Cincinnati Lancet Clinic vom 10. Mai 1888 ist nach dem London Medical Record ein Fall von *primärer Actinomycose des Gehirns* leider nur sehr kurz beschrieben. Ein 26jähriger Mann, der viel mit Ziegen- und Kuhmilch vorher zu schaffen gehabt hatte, erkrankte mit Symptomen eines Gehirntumors, heftigen Kopfschmerzen, Abducensparalyse, Congestion der linken Sehnervenpapille und zeitweiligem Verlust des Bewusstseins. Bei der Section fand sich eine Geschwulst vom Charakter eines Cystomyxoms im dritten Ventrikel bei gleichzeitiger Erweiterung der übrigen Hirnventrikel; die Geschwulst entsprang vom Plexus chorioideus und enthielt zahlreiche Colonien von Actinomyces in verschiedenen Stadien der Entwickelung. Ueber die Herkunft dieses Pilzes äussert sich der Verf. sehr unbestimmt, meint aber dass derselbe aus der Milch embolisch, ohne die anderen, gesund befundenen Organe zu treffen, ins Gehirn eingeführt worden sei. Hz.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren		Todtgeboren	Gestorben	
			Summa	Auf 1000 Einw.		Summa	Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	22.—28. Juli	2353	30,6	—	1308	15,9
Paris . . .	2 260 945	22.—28. Juli	1144	26,3	91	824	19,0
Brüssel . .	181 270	15.—21. Juli	109	31,3	5	73	20,9
Stockholm .	221 549	15.—21. Juli	142	33,4	3	87	20,4
Kopenhagen	300 000	25.—31. Juli	196	33,9	5	118	20,4
Berlin . . .	1 414 980	22.—28. Juli	940	34,5	32	632	23,3
Wien .	800 836	15.—21. Juli	495	32,1	25	330	21,4
Pest . . .	442 787	22.—28. Juli	302	35,4	20	299	35,1
Warschau .	444 814	28.—27. Juli	291	34,0	16	220	25,7
Odessa . .	268 000	22.—28. Juli	—	—	8	186	36,1
St. Petersburg	**732 881**	**29. Juli —4. Aug.**	**470**	**33,5**	**18**	**493**	**34,9**



Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17. L. Haus 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская, 43, кв. 20.
*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 12, Quart. 22.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5. лин. и Академ. переул., д. 1/6, кв. 21.
Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.
T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул., № 23.
Wilhelmine Hensel, В. О. 17 лин., д. № 12, кв. 13.
Августа Федоровна Кауфманъ, по Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22, кв. 9.
Луиза Карловна Мертке, Гороховая ул., д. 42, кв. 28.
И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22, кв. 28.
Amalie Ritter, В. О. 17 л., д. 12, кв. 37.
Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер, д. 7, кв. 12.
E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
П. Эйрихъ, Невск. просп. д. 88, кв. 10.
Amalie Schulze, Alexander-Platz H. 6. Qu. 53.
A. Schönfeldt, В. О. 12 лин., д. 17, кв. 2.
Frau E. Kroeger, Офицерская ул., д. 18, кв. 28.
Maria Brüllow, В. О. 6 лин., д. 29, кв. 9.
Ottilie Rupprecht, Гусевъ пер., № 17.

Дозв. ценз. Спб. 12. Августа 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. Jahrgang. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

☞ **Inserate** werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. ☜ **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 34. St. Petersburg, 20 August (1. September) 1888.

Zur Frage der künstlichen Ernährung des Säuglings.

(Aus dem St. Petersburger Findelhause.)

Von

Dr. F. Gräbner.

(Schluss).

Im Ganzen wurden also 115 Säuglinge mit dem Milch-Avaenagemisch unter Anwendung des Soxhlet'schen Verfahrens zugefüttert. Die Versuchsprotokolle aller dieser Säuglinge zeigen manche allgemeinen Charakteristica.

So finden wir fast in allen Fällen in den ersten Tagen eine oft sehr beträchtliche Gewichtsabnahme, die mit einem sichtlichen Widerwillen gegen das Surrogat Hand in Hand ging. Diese Gewichtsabnahme schloss sich meist an die sog. physiologische Gewichtsabnahme der ersten Tage, welche fast stets bei der quantitativ und qualitativ geringen Nahrungszufuhr im Findelhause viel höher zu sein pflegt und länger als in der Norm dauert, und schliesslich wirkte der schädliche Einfluss gewisser Umstände (zu grosser Zuckerzusatz einzelner Fälle etc.) mit, die, wie oben besprochen, zufällig gerade beim Beginn der Versuche bei einzelnen Gruppen sich geltend machten.

In den meisten Fällen zeigten dann nach einigen bis 10 Tagen die Wägungen eine Gewichtszunahme, die bei vielen Kindern schwankend stieg und im Ganzen das Niveau dessen, was K. und M. bei ihren Versuchen erreicht hatten, nicht überstieg und natürlich im grossen Ganzen weit hinter der für den ersten resp. zweiten Lebensmonat allgemein angenommenen Norm von 25 Grm. pro die bei ausschliesslicher Ernährung der Kinder mit Muttermilch zurückblieb.

Die Stühle der Zugefütterten waren consistent, hatten eine schmutzig braune, an die Fäces Erwachsener erinnernde Färbung, waren nicht vermehrt, meist auch nicht in den Fällen, in welchen bei geringen Elevationen und häufigen Remissionen die Gewichtscurve in Summa eine geringe tägliche Gewichtszunahme oder gar [illegible] Gewichtsabnahme verrieth.

Nach längerer Pause wurden die Zufütterungsversuche — und zwar in ganz analoger Weise — mit Kufeke's *Kindermehl* fortgesetzt, einem Surrogat, das sich in letzter Zeit, gestützt auf die Empfehlungen von Bernheim, Goliner, Escherich u. A. in Deutschland einer grossen Beliebtheit erfreut. In dem Präparat von Kufeke ist der *gesammte Stärkegehalt* des Mehls — wahrscheinlich durch Einwirkung pflanzlicher Diastase — in lösliches Dextrin und Traubenzucker übergeführt *) und damit das erreicht, was bei Bereitung der Avaena erstrebt, aber nur zum Theil erreicht wurde. Bei der folliculären Enteritis, die sich besonders in den unteren Darmabschnitten localisirt und überhaupt bei denjenigen Darmaffectionen, die durch Zersetzung der Eiweissstoffe der Milch, durch alkalisch reagirende, stinkende Ausleerungen charakterisirt sind, ist die Fütterung mit dextrin- und zuckerreichen, aber eiweissarmen Surrogaten schon längst von verschiedenen Autoren (Soltmann, Widerhofer, Escherich) dringend empfohlen worden, letzterer betonte besonders den Dextrinreichthum des Kufekemehls, weil schon eine relativ geringe Menge Dextrin die alkalische Gährung in dem Dickdarm schnell beseitige, während der Fruchtzucker im Dünndarm leichter resorbirbar sei und daher für den besagten Zweck sich weniger eigne. Die Dosirung und Technik bei der Zufütterung war genau dieselbe, wie bei den vorhergehenden Versuchen, nur trat jetzt bei dem Milchmehlsuppengemisch das Kufeke'sche Präparat an die Stelle der Avaena.

Es wurden zuerst 20 Kinder durchschnittlich 23 Tage lang zugefüttert, von denselben nahm eins an Gewicht ab, 7 litten an vorübergehenden, meist unbedeutenden Verdauungsstörungen; von letzteren waren zwei schon vor dem Beginn des Versuches erkrankt und bei zwei anderen fiel die Erkrankung zeitlich mit einer Indigestion der betr. Ammen zusammen.

Die Ausleerungen zeichneten sich durch eigelbe Farbe und Geruchlosigkeit und gleichmässig breiige Consistenz aus. Die mittlere Gewichtszunahme der Gesundgebliebenen betrug 17,3 Grm.

*) Nach der Analyse Dr. Piper's in Hamburg enthält Kufeke's *Kindermehl*:
10,13% Wasser.
12,33% Albumin.
2,93% Fett.
13,74% Fruchtzucker.
46,63% stickstofffreie Nährstoffe (Dextrin).
2,25% Asche (0,69 Phosphor und 1,60 Kali).

Neben diesen Kindern wurden einige Säuglinge mit einem Milchwassergemisch ohne Mehlzusatz zugefüttert, auch hier wiederholte sich die schon früher gemachte Beobachtung, dass eine reine Milchwassermischung schlechter vertragen wird, es zeigten sich frequente, grüne Ausleerungen und nur schwache Gewichtszunahme.

Bei der zweiten Gruppe der mit Kufekemehl + Milch zugefütterten Kinder wurde ausgezeichnete Milch (von der Ferme O—l) bezogen. Alle 20 Kinder nahmen an Gewicht zu. Bei 13 Kindern zeigten sich am 1. April (bei einigen ein paar Tage früher) Symptome, die auf einen acuten infectiösen Catarrh des Respirations- und Digestionstractus hinwiesen. Die Erkrankung begann mit einem anfallsweise auftretenden Husten und darauffolgendem Erbrechen, es gesellten sich frequente dünnflüssige, grün gefärbte Ausleerungen hinzu; bei einigen Patienten wurde ausserdem Conjunctivitis beobachtet. Von dieser epidemisch auftretenden Erkrankung unabhängige subacute Intestinalcatarrhe wurden 2 Mal beobachtet. Die mittlere tägliche Gewichtszunahme der Gesundgebliebenen betrug 17,5 Grm. Die durchschnittliche Versuchsdauer 27 Tage. Während der ganzen Periode befanden sich die Ammen unter dem Einfluss der Fastennahrung.

Zum Schluss wurden 10 Kinder mit einem Milchsuppengemisch zugefüttert, zu welchem ein von der hiesigen Firma Bligken & Robinson vor Kurzem in den Handel gebrachtes Mehl benutzt wurde, das eine Imitation des bekannten Nestle'schen Mehls bildet. Zwei der zugefütterten Kinder nahmen an Gewicht ab. Die tägliche mittlere Gewichtszunahme der Gesundgebliebenen betrug 14,9 Grm. Zwei Kinder erkrankten während des Versuches an Intestinalcatarrh.

In nachstehender Tabelle finden sich die hauptsächlichen, von meinen Vorgängern und mir gemachten Versuche zu besserem Vergleich zusammengestellt: den oberen Raum nehmen die von Kruse und Monkewitz angestellten Controlversuche ein, sie repräsentiren gewissermaassen das, was im besten resp. schlimmsten Falle ohne Zufütterung im hiesigen Findelhause erreicht wird; daran reihen sich die von Kruse und Monkewitz *vor* Einführung der Sterilisation erhaltenen Daten und schliesslich meine seit Einführung der Sterilisation in 165 Fällen gemachten Beobachtungen: *Seitdem die von Prof. Soxhlet aufgestellten Principien bei der Zufütterung beobachtet wurden, war die Mortalität an Verdauungskrankheiten während und in Folge der Zufütterung gleich Null, die Morbidität an derartigen Krankheiten bedeutend geringer als vorher.*

Namentlich kamen bis auf 2—3 ganz vereinzelte Fälle gar keine acuten, mit schweren Symptomen verlaufende Diarrhöen vor. Diese auffallende Thatsache lässt sich nur dadurch erklären, dass es gelungen war, die in die Milch gerathenen Infectionsstoffe unschädlich zu machen.

Wenn nun unser Hauptinteresse dem Einflusse der Sterilisation des Surrogats auf den Erfolg der künstlichen Fütterung zugewandt war, so liessen sich daneben einige Beobachtungen über den Werth der einzelnen Surrogate machen. In dieser Beziehung springt der Unterschied zwischen den Perioden vor und nach Einführung weit weniger in die Augen. Die Daten betreffs der täglichen mittleren Gewichtszunahme werden hauptsächlich durch den Nährwerth des Surrogats bedingt, viel weniger durch die Technik der Fütterung; sie können daher im Verein mit den Beobachtungen über das sonstige Verhalten der Kinder als Maassstab für die Brauchbarkeit des Surrogats dienen.

Die Zahl der von mir mit den einzelnen Surrogaten angestellten Versuche und die Dauer derselben ist zwar nur gering, doch gestatten sie immerhin folgende Thesen:

1) Von allen Surrogaten der Muttermilch kann nur die Kuhmilch allein bei der künstlichen Fütterung in den ersten Lebensmonaten in Betracht kommen und durch kein anderes ersetzt werden.

2) Die Kuhmilch wird besser verdaut, wenn sie nicht mit Wasser allein, sondern mit einer emulsionartigen Flüssigkeit, wie wir sie in den Mehlsuppen haben, verdünnt wird, weil dadurch auf rein mechanischem Wege die Milchgerinnung eine lockere, feinflockigere wird und also auch die Verdauung und Resorption eine ergiebigere sein kann.

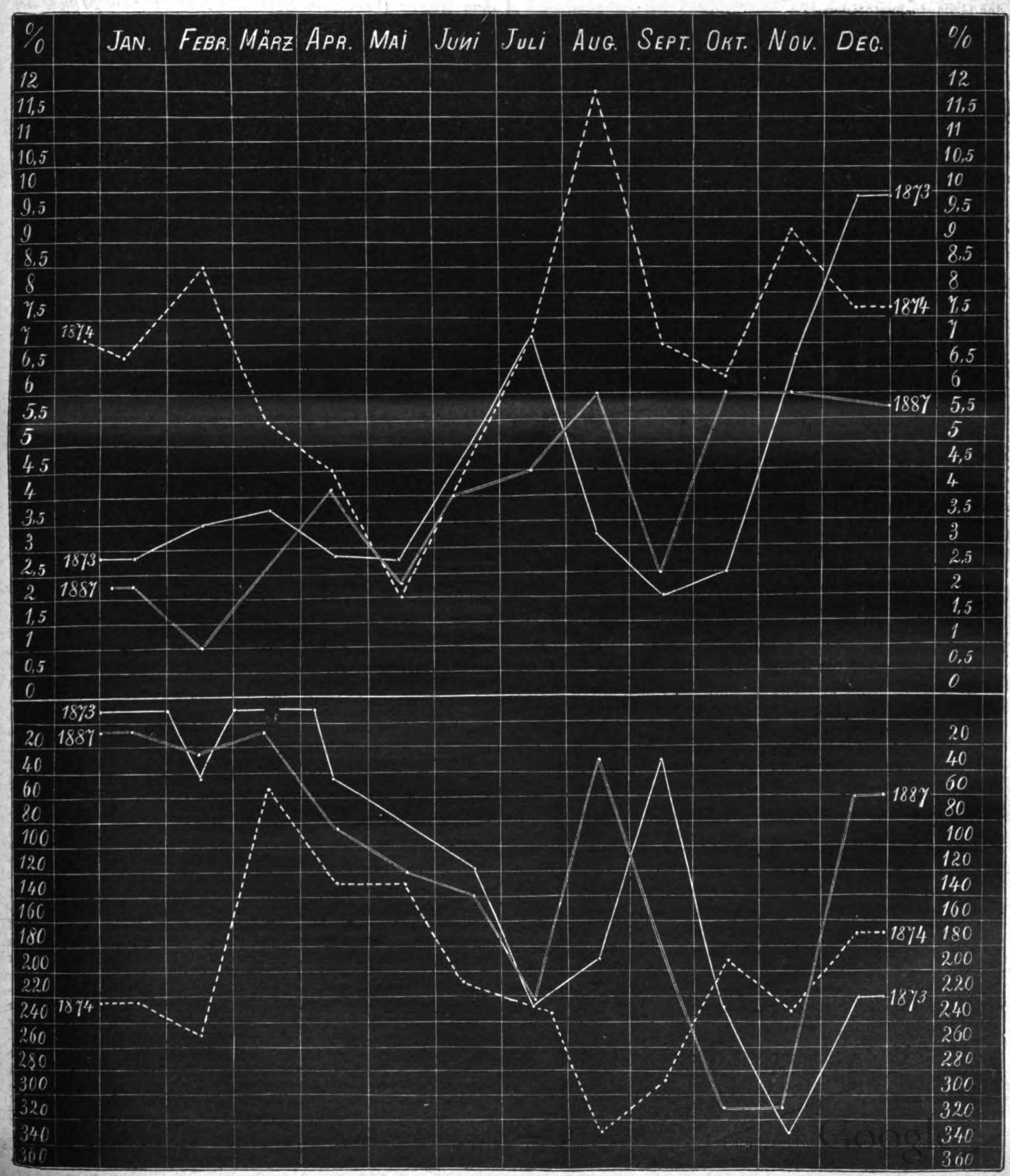
	Surrogat	Morbidität an Verdauungskrankheiten				Mortalität an Verdauungskrankheiten				Wie viel Kinder nahmen zu?				Wie viel Kinder nahmen ab?				Tägl. mittlere Gewichtszunahme der Gesundgebliebenen				Durchschnittliche Dauer der Versuche				Zahl der Versuche			
	Alter in Tagen:	0—5	5—15	15—30	30—100	0—5	5—15	15—30	30—100	0—5	5—15	15—30	30—100	0—5	5—15	15—30	30—100	0—5	5—15	15—30	30—100	0—5	5—15	15—30	30—100	0—5	5—15	15—30	30—100
Kruse und Monkewitz	Ernährung durch ausgewählte Ammen	—	56,2	—	—	—	15,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23,4	—	—	—	50	—	—	—	32	—	—
	Ernährung durch gewöhnliche Ammen	—	46,9	—	—	—	19,8	—	—	—	42	—	—	—	24	—	—	—	12,4	—	—	—	30	—	—	—	66	—	—
	Zwei Kinder bei einer Amme	—	69,5	—	—	—	34,3	—	—	—	46	—	—	—	66	—	—	—	7,17	—	—	—	20	—	—	—	112	—	—
	Condensirte Milch + Wasser (1 : 7)	—	76,6	59,9	55,5	—	26	20	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	21	18	—	51	32	17	—	30	30	18
	Condensirte Milch + Wasser (1 : 7) + frischer Milch (2 : 1)	—	—	25	33,3	—	—	66,6	11,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	20,5	—	—	26	24	—	—	16	18
	Fr. Kuhmilch + Wasser (2 : 5)	—	44,4	45,4	40	—	22,2	15,1	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	17,1	17,8	—	29	24,5	15,8	—	9	33	10
	Schottl. Hafermehl + Kuhmilch	—	70	66,6	64,7	—	20	16,6	21,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15,5	13,7	11,7	—	29,5	24	20,5	—	10	6	14
	Nestle's Mehl + Kuhmilch	—	58,3	50	32,3	—	25	17,7	5,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18,4	16,6	19,7	—	33	30	18	—	12	62	34
Meine Versuche	Avaenasuppe + fr. Milch (3 : 1)	—	10	16	12	—	0	0	0	—	9	11	24	—	1	1	1	—	18	16	16	—	28	28	23,6	—	10	12	25
	Avaenasuppe + Milch + Zucker	0	26	—	—	0	0	—	—	3	21	—	—	0	5	—	—	13	13,5	—	—	30	30	—	—	3	26	—	—
	Avaenasuppe + Milch (Ferme K—i)	30	19,2	—	—	0	0	—	—	3	21	—	—	2	5	—	—	7	11,3	—	—	29,4	29,6	—	—	5	26	—	—
	14 Tage Milchwasser	—	—	33	—	—	—	0	—	—	—	3	—	—	—	6	—	—	—	4	—	—	—	14	—	—	—	6	—
	14 Tage Milchavaenasuppe	—	—	16,2	—	—	0	0	—	—	—	6	—	—	—	0,0	—	—	—	16,3	—	—	—	13	—	—	—		—
	Milchavaenasuppe in steigender Concentration	—	0	—	—	—	0	—	—	—	2	—	—	—	0	—	—	—	14,2	—	—	—	60	—	—	—	2	—	—
	Kufekemehlsuppe + Milch (finnl.)	—		18		—	0	0	0	—	0	2	13	—	1	0	0	—		17,3		—		23		—	1	2	13
	Kufekemehlsuppe + Milch (Oehlsch.)	—		10		—	0	0	0	—	5	13	2	—	—	—	—	—		17,5		—		27		—	5	13	2
	Bligken & Robinsonmehlsuppe + Milch	—	—	—	—	—	0	0	—	—	4	5	—	—	1	1	—	—	14,9		—	—	24		—	—	4	6	—

3) Daneben ist es selbstverständlich wünschenswerth, dass ein möglichst grosser Procentsatz des Mehls auch ausserdem direct der Ernährung des Kindes zu statten kommt. Daher sind diejenigen Mehlpräparate vorzuziehen, die relativ weniger Cellulose und Stärke enthalten und verdient vor Allem dasjenige Mehl den Vorzug, welches wie das Kufeke'sche Präparat an Stelle der Stärke nur lösliche Kohlehydrate enthält.

4) Das Kufekemehl ist ausserdem auch deshalb vorzuziehen, weil es schmackhatter ist und daher von den Kindern, namentlich den älteren Säuglingen lieber genommen wird. Trotzdem die Ammen, welche je zwei der mit dem Kufekemehl zugefütterten Kinder säugten, wochenlang ausschliesslich die durchaus ungenügende Fastenspeise erhielten, war doch die durchschnittliche Gewichtszunahme = 17,5 Grm. pro die; die Mehrzahl der zugefütterten Kinder nahm 20 Grm. pro die zu.

5) Der Zusatz von relativ grossen Mengen Rohrzucker zum Surrogat ist der Verdauung der Säuglinge nicht zuträglich (s. oben).

Seitdem Dr. Kruse und Monkewitz ihre Versuche anstellten, sind 13—15 Jahre verflossen, man könnte daher den Einwurf erheben, dass während der langen Zeit in den hygienischen Verhältnissen des Findelhauses, in der Nahrung der Ammen etc. sich Vieles gebessert haben dürfte, so dass ein directer Vergleich meiner Resultate mit denen meiner Vorgänger nicht statthaft sei. Dem ist leider nicht so; auf der beifolgenden graphischen Darstellung sehen wir in der oberen Hälfte, dass die den Jahren 1874 einerseits und 1887 andererseits entsprechenden Curven, welche



die Procentverhältnisse der Mortalität an Verdauungskrankheiten zu der Zahl der im Hause anwesenden Säuglinge ausdrücken, nur unwesentlich von einander abweichen. Die auftretenden Schwankungen in der Mortalität und Morbidität an Krankheiten des Intestinaltractus, die wir im Verlaufe der einzelnen Curven beobachten, hängen in erster Linie von dem grösseren oder geringeren Ammenmangel ab, daneben kommen vielleicht die Witterungsverhältnisse der verschiedenen Jahreszeiten — jedenfalls in viel geringerem Grade — in Betracht. Der Ammenmangel ist seinerseits wiederum von dem geringeren oder grösseren Bedarf an Arbeitskräften auf dem Lande abhängig. Ein Vergleich der oberen Curven mit den entsprechenden unteren Curven desselben Jahres, welche die den einzelnen Monaten correspondirenden Zahlen der je 2 Kinder säugenden Ammen ausdrücken, wird das Gesagte bestätigen.

Zum Schluss noch einige Worte über den Process der Sterilisation bei dem Verfahren nach Soxhlet. Diese Sterilisation ist durchaus keine vollständige im streng bacteriologischen Sinne. Schon Pasteur hatte die Beobachtung gemacht, und Schroeder und von Dusch bestätigten dieselbe, dass die Milch sehr schwer völlig zu sterilisiren sei, dazu gehöre entweder eine mehrere Stunden währende Erhitzung auf 110° C. oder eine 1/2-stündige Erhitzung auf 130° C. In den Fläschchen unseres Milchkochapparates steigt die Temperatur während des Kochens des umgebenden Wassers nicht über 95—96° C. Wenn wir 5—6 Theelöffel Kochsalz dem umgebenden Wasser zulegten, konnten wir damit den Siedepunct dieses Wassers herabsetzen und erhielten in Folge dessen beim Kochen desselben 103° C. in den Fläschchen.

Die Herren Collegen Heydenreich und Tumpowski waren so freundlich in einer Reihe von Fällen mikroskopische und bacteriologische Untersuchungen der Surrogate vorzunehmen, dieselben ergaben Folgendes:

Ein Milchavaenasuppengemisch, in der gewöhnlichen oben angegebenen Weise im Apparat 40 Min. gekocht ergab in Bezug auf Bacterien ein negatives Resultat, nach 14 Tagen fanden sich in einem anderen Fläschchen des gleichzeitig und gleichartig behandelten Präparates nach Oeffnung des Gummipfropfens eine Menge Bacterien, nach weiteren 14 Tagen war bei Untersuchung eines dritten Fläschchens die Zahl der Bacterien eine weit geringere, das Surrogat behielt stets seine alkalische Reaction aber theilte sich schliesslich in drei Schichten, unter der oberen dünnen Rahmschicht befanden sich die breite, halbdurchsichtige Serumschicht und am Boden reichliche lockere, geronnene Massen. Augenscheinlich hatten wir es hier mit der Thätigkeit des von Löffler u. A. beschriebenen Bacillus zu thun, der sich durch grosse Hartnäckigkeit der Hitzeeinwirkung gegenüber auszeichnet, sowie dadurch, dass er eine Gerinnung der Milch ohne Bildung von Milchsäure bewirkt. Wenn wir ein gewöhnliches Milchavaenasuppengemisch drei Stunden lang in unserem Apparate mit oben angeführtem Salzzusatz zu dem umgebenden Wasser kochen liessen, so erhielten wir ein Surrogat, in dem weder sofort nach der Bereitung noch in den folgenden Tagen Bacterien nachweisbar waren. — Die ursprünglich weisse Farbe des Surrogats war in diesem Falle hellbraun geworden, es wurde ein unangenehm fader Geschmack bemerkt (vielleicht durch Bildung von Caramel). Für die Zufütterung wurden derartige Präparate nicht verwandt, weil die mehrstündige Procedur monatelang fortgesetzt zu umständlich war und der von uns in Anwendung gebrachte Modus, der, wenn auch nicht die *Sporen*, so doch alle *voll entwickelten Bacterien* tödtet, für die praktischen Zwecke ausreicht.

Für Reisen und überhaupt für solche Fälle, in denen man für viele Tage voraus ein bacterienfreies, absolut zuverlässiges Präparat haben will, könnte die fractionirte Sterilisation in Anwendung kommen, die darin zu bestehen hätte, dass die fertig präparirten Fläschchen nachträglich 3—4 Tage hintereinander 10—15 Minuten langem Kochen ausgesetzt würden.

Bei allen bisherigen Versuchen handelte es sich stets um Säuglinge, die beim Beginn des Versuches nicht älter als 1—1 1/2 Monat waren. Bei älteren Säuglingen wird man mitunter mit einem hartnäckigen Widerwillen gegen das Surrogat zu kämpfen haben. Falls man in solchen Fällen das Surrogat anstatt auf 100° nur auf ca. 80° C. erhitzt (Anbringung eines Thermometers in dem Deckel des Kochapparates), dafür aber die Hitzeeinwirkung etwas länger andauern lässt, eventuell einen mässigen Milchzuckerzusatz macht, so liesse sich dem Uebelstande, dass längere Zeit auf 100° erhitzte Milch geschmacklos wird, abhelfen.

Unzweifelhaft kann Soxhlet's Verfahren das leisten, was von letzterem als Ziel aufgestellt wurde: *die Milch auf dem langen Wege vom Euter der Kuh bis zum Munde des Kindes von Infectionskeimen zu säubern und sie damit — in dieser Beziehung wenigstens der Muttermilch gleichwerthig zu machen.*

Referate.

Heinrich Hartmann: Ueber die Aetiologie von Erysipel und Puerperalfieber. Gekrönte Preisschrift. (Archiv für Hygiene. Bd. VII. Heft 2. 1887).

Wenn man die Anschauungsweisen über die Aetiologie der erysipelatösen Processe historisch betrachtet, wird man überrascht von dem eigenartigen Wechsel von Theorien im Verlaufe verschiedener Zeitalter. Wir wollen nur weniges davon erwähnen, was der Verf. anführt. Schon Hippokrates machte aufmerksam auf die epidemische Verbreitungsweise der Erysipele und ihre Coincidenz mit epidemisch auftretenden Puerperalfiebern; das Zutreten derselben zu unbedeutenden Wunden, das Vorangehen von Nasencatarrhen und Bronchitis. Galen brachte das Erysipelas mit Störungen in der Secretion und Function der Galle in Verbindung, und diese Lehre erhielt sich bis in unsere Zeit, bis Hüter seine infectiöse Natur durch Nachweis der Mikroorganismen feststellte. Nach ihm fanden sie auch andere Forscher. Koch wies nach, dass ein bestimmter Mikrobe constant am fortschreitenden Rande der Affection zu finden sei, auch schliesslich in den Lymphgefässen, niemals aber in den Blutgefässen. Fehleisen hat ihn rein gezüchtet. Da aber das Erysipel sich nicht blos zu Wunden zugesellt, sondern auch zu gewissen Jahreszeiten und unter bestimmten Verhältnissen und in verschiedenen Formen endemische und epidemische Ausbreitungsweise zu gewinnen vermag, indem es sich nicht bloss auf dem Wege der Contagiosität, sondern vielmehr durch Vermehrung der Erysipelkeime ausserhalb des menschlichen Organismus in ectogener Weise verbreitet, so sind die erysipelatösen Processe mit vollem Rechte auch den übrigen acuten Infectionskrankheiten, wie Typhus, Tuberculose, Milzbrand gleichzustellen.

Hirsch in seiner historisch-geographischen Pathologie (1883) sagt, dass man noch weit davon entfernt sei von dem Verständniss dessen, was den Begriff Erysipelas als genetisch einheitlichen Krankheitsprocess charakterisirt. Die gegenwärtige Arbeit will zur Lösung dieser Frage einen Beitrag liefern, sowie auch die Frage zu entscheiden suchen, ob Erysipelaskokken im Stande sind Puerperalfieber hervorzurufen, eine Ansicht, welche von Winkel vertreten wird. Wenn nach den Forschungen von Fehleisen und Koch die Erysipelaskokken nur in den Lymphgefässen und Lymphspalten der Haut und niemals in den Blutgefässen angetroffen werden, so wäre eine Allgemeininfection durch das Gift der Rose ausser Rede gestellt. Der meist gutartige Verlauf hat viel Bestechendes, aber bei tödtlich endenden Fällen typischen Erysipels wird man doch eine Ueberschwemmung des ganzen Körpers mit dem specifischen Erysagifte annehmen müssen, um die klinischen Symptome und pathologischen Veränderungen der Organe zu erklären und zu begreifen; denn man findet pathologische Processe an der Milz, der Leber, den Nieren, der Lunge, dem Herzen; man sieht Collaps, Delirien, Erbrechen, Kopfschmerz, auch exsudative Pleuritis bei künstlich erzeugtem Erysipel. Das Erysipel zeigt grosse Neigung sich mit Wunden zu verbinden, ohne dass man genöthigt wäre diese Erscheinungen als pyämisch oder septisch aufzufassen. Es hat ohne Zweifel eine ectogene Entwickelung und giebt Anlass zu Hospitalendemien und Epidemien. Diese Erwägungen und Hirsch's Berichte über das Erysipelas typhosum und die im Gefolge von Erysipel auftretenden Affectionen innerer Organe legen die Möglichkeit des Eindringens der Erysipelkokken in die Blutbahn nahe. Darum zog der Verfasser ausser der cutanen Form die tiefe in den Bereich seiner Untersuchungen, sowie das puerperale Erysipel und die erysipelähnlichen Affectionen der Schleim- und serösen Häute. Er theilt seine untersuchten Fälle in 3 Kategorien: 1) Erysipele, welche die Haut und Schleimhaut entzündlich alterirten, 2) solche, die ohne jede Hauteruption bloss in inneren Organen verlaufen, Puerperalfieber, und 3) wo Erysipel eine Complication mit anderen acuten Infectionskrankheiten bildet.

I. *Haut- und Schleimhaut-Erysipele.* Angeführt werden 5 Fälle: Die beiden ersten stellen eine Gesichtsrose dar, wo die Kokken nachgewiesen worden, in einem Falle in völliger Reinheit; der 3. Fall war auch Gesichtsrose mit Vereiterung der Supraclaviculardrüsen, es zeigen sich Blasen und Eiter am Augenlid, an der Wange, auch findet sich neben Erysipelkokken noch der Staphylokokkus aureus pyogenes. Der 4. Fall betraf eine ältliche Patientin, die früher an der Rose gelitten, in's Hospital verwahrlost mit Geschwüren und Decubitus am Kreuzbein kam. Es tritt Fieber mit Benommenheit des Sensoriums auf, am 1. Tage Gesichtsrose, welche weiter wandert, Eiterung, Substanzdefect; Patientin stirbt am 13. Tage nach der Aufnahme. Bei der Untersuchung nach der Section fanden sich Erysipelkokkencolonien in dem Augenlide, in den Exsudatmassen des Herzbeutels, in dem Blute des Herzens, in Stücken der Nieren, der Leber, Milz, Lunge, des Gehirns, sowie in der Cutis der Lippen; dann Kettenkokken innerhalb der Blutcapillaren, kleiner Venenstämme, aber auch in grösseren Blutgefässen. Zum Theil waren grosse Capillargebiete durchwuchert und ausgestopft. Im 5. Falle hatte eine Puerpera ein Erysipelas migrans marginatum an Rücken und Hinterbacken und zugleich Abscessbildung der Mamma. Letztere war ein unabhängiger infectiöser Process und im Eiter bloss Staphylokokken.

II. *Erysipelformen bei Nichtbetheiligung der Integumentgewebe.* Von den angeführten 4 Fällen war der 1. eine spontane mycotische Peritonitis. Hartmann konnte nur die eitrige Peritonealflüssigkeit untersuchen, aber die inneren Organe nicht. Er fand eine Reincultur der Erysipelkokken. Die 3 anderen Fälle schlossen sich an's Puerperium an. Der 2., eine junge Frau, verliess am 9. Tage nach der Geburt das Bett und bekam 3 Tage darauf heftiges Fieber, es schwoll die rechte Hinterbacke an, die Haut darüber war nicht geröthet; als man durch die Hervorwölbung Fluctuation fühlte, wurde Eiter mit der Pravaz'schen Spritze herausgeholt: aus diesem erhielt man Erysipelkokken in Reinzucht, keine anderen Eiterbacterien konnten gefunden werden. Der 3. Fall, eine 20-jährige Frau, bekam am 4. Tage nach der Geburt Fieber, kurz darauf Ulcera puerperalia des Introitus und der Muttermundslippen, Endometritis, Perimetritis, diffuse Peritonitis, Pleuritis, Tod. Bei der bacteriologischen Untersuchung zeigte das peritonäale und pleuritische Exsudat die Erysipelkokken rein, auch aus dem Herzblute. Dann wurden Gewebstückchen und Organsaft aus dem Herzmuskel, Lunge, Leber, Milz, Nieren, Gehirn und Uterus genommen. Alle ergaben Erysipelcolonien. In den Nieren verstopften die Mikrokokkenmassen als Thromben das Lumen der Blutgefässe, bildeten aber auch im Bindegewebe Ansiedelungen; in den Harncanälchen lagen auch welche, so dass man wohl annehmen kann, dass die Kokken in's Harnwasser traten und mit demselben ausgeschieden wurden. Im 4. Falle ging die Kranke an Puerperalfieber zu Grunde und in den Organen wurden Erysipelkokken gefunden, aber auch andere Mikroben daneben, namentlich Fäulnisscolonien. Im Gehirn traf man keine Erysipelkokken, im Uterus eine schwache Entwickelung, dagegen in Milz, Niere und Leber eine reichliche.

III. *Erysipel in Complication mit Infectionskrankheiten.* 1) Erysipel als Complication mit Typhus abdominalis. Der 1. Fall war leider nur zur histiologischen Untersuchung an Schnittpräparaten zur Verfügung. Es war ein Erysipelas faciei und der Kopfhaut, wo der Tod durch Typhus abdominalis eintrat. Die Erysipelkokken lagen in der Haut frei im Gewebe, aber auch in den Lymphgefässen bis in die Subcutis hinein. Dann konnte auch die Milz untersucht werden, wo sich auch Mikrokokken, wenn auch nicht viele, fanden. Der 2. Fall betraf eine Frau von 20 Jahren. Erysipelas faciei und Typhus abdominalis der 3. Woche. Die anatomische Diagnose lautet: allgemeine hochgradige Anämie, Erysipel des Gesichts und Halses, hämorrhagische Enteritis, mässiges Lungenödem, acutes Hirnödem. Typhus abdominalis der 3. Woche, Milztumor, trübe Schwellung der Leber und der Nieren. Aus der Haut erhielt man die Erysipelkokken rein, aber auch aus den Lymphgefässen, Lymphspalten, dem subcutanen Fettgewebe und den darin laufenden Blutcapillaren bis auf die darunter liegenden Muskeln. Interessant ist, dass sich auch auf den Aortenklappen Colonien zeigten, weil nicht alle Mikroben diese Eigenschaft haben; in den Lebervenen waren ausstopfende Mikrokokkenherde, ebenso fand man sie in den Nieren, wo sie in der Rindensubstanz, wie in den Malpighi'schen Körpern capillare Verstopfungen hervorgebracht hatten, auch fanden sie sich in den Harncanälchen. Der letzte Fall stellte ebenfalls einen Typhus abdominalis der 4. Woche dar, an welchem ein Erysipelas faciei auftrat, welches recidivirt; im Gesicht Abscedirungen, im Eiter Erysipelkokken neben anderen Bacteriencolonien. 2) Complication mit Scharlach. Der Patient war 2 Tage im Hospital und starb. Anatomische Diagnose: Scharlach, Diphtherie faucium, leichte Hyperämie der Lungen, acute Nephritis. Die Untersuchung fand nur auf Erysipelkokken statt. Sie fanden sich in der Lunge, der Milz, der Leber und im Herzmuskel, am zahlreichsten in den Lungen, als Reincultur; auch waren welche in den Nieren. 3) Complication mit Diphtherie, davon gab es 3 Fälle. Der 1., ein Knabe, starb. Es wurden Kettenmikrokokken im Kehlkopf und in der Trachea gefunden, sowohl im Schleimhautgewebe, wie in den Lymphgefässen. Der folgende war ein Kind von 5 Jahren. Anatomische Diagnose: Diphtheria narium et faucium, Laryngis, Bronchitis purulenta, Nephritis parenchymatosa, Erysipelkokken fanden sich auf der Kehlkopfschleimhaut, im Bronchialsecret, in den Lungen, der Leber, der Milz und den Nieren durch Plattenculturen, aber schon mikroskopisch grosse Lager von Kettenmikrokokken in der Schleimhaut der Trachea, des Kehlkopfes und der Lungen. Der 3. Fall war ein Kind von 2 Jahren. Anatomische Diagnose: Diphtherie des Rachens, croupöse Laryngo-Tracheitis, Bronchitis, Culturen aus Herzblut, Lunge, Leber, Nieren ergaben reichliche Erysipelkokkencolonien, in den Lungen und dem Herzblut reichlicher. Auf andere Mikroben wurde nicht untersucht.

IV. *Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen.* Die gewöhnliche Gesichtsrose und die an eine Operation sich anschliessende wandernde haben denselben Infectionsstoff. Wir sehen, dass durch dieselbe Noxe sehr verschiedenartige Processe und klinische Bilder geschaffen werden. Es wird daher eine Eintheilung nöthig sein, welche auf mikroskopischer Basis, dem klinischen Symptomencomplex und ätiologischen Standpuncte gerecht wird.

1) Die *Haut.* Die in der Fläche sich abspielende Rose ist von den in der Tiefe sich verbreitenden Formen zu unterscheiden. Die oberflächlich weitergehende Rose ist eine von einem Puncte sich ausbreitende Entzündung, die in den älteren Partien sich rückbildet und im normalen Gewebe sich fortpflanzt und von schweren Symptomen begleitet ist. Der Papillarkörper und die oberflächlichen Coriumschichten enthalten reichliche Mikrokokken, frei im Gewebe und in den Lymphcanälchen, und diese ziehen sich bis in's subcutane Zell- und Fettgewebe hinein. Die Kokken üben einen Reiz aus. Wo der Process sich abgespielt hat, sind keine mehr, es finden sich bloss die Folgen des Reizes, kleinzellige Infiltration. Das wäre die 1. Zone. Eine 2., welche dem scharfen Rande des Erysipels entspricht, charakterisirt sich durch mit Mikrokokken gefüllte Lymphgefässe und durch kleinzellige Infiltration. Die 3. ist die periphere, welche noch keine mikroskopische Veränderung erkennen lässt, und wo die Lymphgefässe mit in lebhafter Theilung begriffenen Mikrokokken erfüllt sind. Wenn das Erysipel von den Coriumschichten aus überwiegend oder ausschliesslich im tieferen Unterhautzellgewebe und im Panniculus adiposus Verbreitung gewinnt, dann ändert sich das klinische Bild, das sind die tiefen, subcutanen Formen, welche man auch die phlegmonösen nennt. Wenn in Haut oder Unterhaut Eiterung entsteht, so kann man als ursächliches Moment dazu die Anwesenheit von pyogenen Bacterien, die Staphylokokken ansehen. Kommt Hautrose mit Typhus abdominalis vor, wie das in Krankenhäusern häufig ist, so sind das 2 unabhängige infectiöse Processe in demselben Organismus.

2) Die *Schleimhaut.* Der Verfasser hat leider nicht die Gelegenheit gehabt ein uncomplicirtes Schleimhauterysipel zu untersuchen, sondern nur als secundäre Affection bei Scharlach und Diphtherie, wo es eine Infection secundärer Natur bildet. Ein grosses Interesse bietet die Aetiologie der erysipelatösen Processe auf der Vagina, dem Uterus und ihren Adnexa, besonders im puerperalen Zustande. Schon von den ältesten Zeiten an fiel die Coincidenz von Erysipel und Puerperalfieber auf, fand die eifrigsten Vertheidiger und die heftigsten Gegner. Jülzen und Hirsch haben zu unserer Zeit auf den Zusammenhang beider hingewiesen und Virchow den entsprechenden anatomisch-pathologischen Beweis für die Identität der Processe geliefert, dann fanden Orth und Fränkel die entsprechenden Erysipelkokken. In den von Hartmann angeführten 3 Fällen ist ihre Anwesenheit mit Bestimmtheit constatirt. Erfolgt die Infection von den Lymphgefässen aus, so findet die Invasion eines Mikroorganismus statt; wenn aber von den Blutgefässen aus (der 2. der oben angeführten Fälle von Puerperalfieber), durch Zerfall infectiöser Thromben an der Placentarstelle und an der Vena spermatica, so können Mischformen entstehen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass Erysipel und Puerperalfieber in innige Beziehung treten können, ja Puerperalfieber kann durch Erysipelkokken verursacht sein, ohne dass man schon behaupten könnte, dass das immer geschehe.

3) Die *serösen Häute.* Wenn der Rothlauf eine epidemische Verbreitung hat, kommt es oft vor, dass Gesunde an gastrischen Beschwerden mit leichten Fiebererscheinungen erkranken. Aeusserlich ist nichts zu bemerken. Doch kam schon Schönlein auf den Gedanken, dass hier ein Zusammenhang mit Erysipel wohl sein könne. Die Coincidenz fiel ihm auf. Auch englische Aerzte sprachen sich ähnlich aus. Hartmann rechnet hierher seinen Fall von spontaner Peritonitis und hält die Aufnahme von Kettenmikrokokken von der Lunge aus für wahrscheinlich. Solche Fälle sind selten; aber um so häufiger sind die erysipelatösen Erkrankungen des Peritonäums, der Pleura, wenn ein Erysipel auf der Brust- oder Bauchhaut gestanden hatte.

4) In Bezug auf die *Verbreitungsweise der Erysipelkokken* kann man sagen, dass sie nicht von den grösseren Blutgefässen aufgenommen werden, wohl aber von den Capillaren und den Lymphgefässen. Das hohe Fieber und die schweren Allgemeinerscheinungen hängen von der Anwesenheit der Bacterien ab und nicht von den Producten derselben, den Ptomainen.

5) Was die *Wirkung der Kokken auf das Gewebe und ihre Ausscheidungsweise* betrifft, so rufen sie in der Cutis und der Subcutis niemals Eiterung hervor. Kam welche zu Stande, so ist Invasion von Eiterbacterien vorauszusetzen. Entfalten jedoch die Erysipelkokken ihre Thätigkeit in Organen mit reich entwickeltem Lymphgefässnetz oder in Lymphdrüsen, so sind sie im Stande pyogene Eigenschaften anzunehmen. Ohne sie den Eiterbacterien zuzuzählen, sind sie doch mit Bestimmtheit für eitrige Exsudation ver

antwortlich zu machen (siehe die Fälle bei II). Das Exsudat hatte anfänglich eine reine Natur und nahm erst mit der Zunahme der Intensität und Dauer der Entzündungsprocesse durch Emigration und Anhäufung von weissen Blutkörperchen und Lymphzellen allmälig eitrigen Charakter an. Die eiterbildende Wirkungsweise der Erysipelkokken war jedoch nur auf die Gebiete des Lymphsystems und auf die lymphgefässreichen serösen Häute beschränkt, und dadurch unterscheiden sich die Erysipelbacterien von den gewöhnlichen Eiterbacterien. In den inneren Organen bewirken sie keine eitrige Einschmelzung und keine Abscessbildung. Die Herzgeräusche und endocarditischen Processe lassen sich durch die Anwesenheit der Kokken auf den Klappen erklären, sowie ja auch alle die vielen localen Symptome durch dieselbe Ursache ihrer Anwesenheit verständlich werden. Die Ausscheidung der Bacterien geschieht durch die Talg- und Schweissdrüsen, und durch die Nieren; für letzteres spricht auch das Auftreten von Nierenentzündungen. Ob die Bacterien dann noch infectionsfähig sind, ist noch nicht zu beantworten.

Resumé. Ueberblickt man in Kürze die Untersuchungsergebnisse, so sieht man:

1) Die Erysipelkokken siedeln sich nicht bloss in den Lymphgefässen und Lymphspalten der Cutis an, sondern auch auf den Schleimhäuten des oberen Darmtractus, den Respirationsorganen, und erfüllen, sich vorzugsweise auf den Lymphbahnen verbreitend, die Lymphwege der Mucosa und die submucösen Gewebe. Ebenso geschieht das auf den Schleimhäuten der weiblichen Genitalien, namentlich im Puerperium, wo sie durch offene Blutgefässe in den Kreislauf aufgenommen werden.

2) Man kann somit ein oberflächliches und ein tiefes Erysipel unterscheiden.

3) Die Erysipelkokken gehen in die Blutbahn über.

4) Der Tod bei Erysipel tritt durch Allgemeininfection und nicht durch Ptomainwirkung ein. Bei Mischinfection kann natürlich auch Sepsis Theil haben oder den Tod selbst herbeiführen.

5) Erysipelkokken verursachen im Zellgewebe der Haut niemals Eiterung, auch in inneren Organen nicht metastatische Abscessbildung; wohl aber vermögen sie in Lymphdrüsen und in Organen, reich an Lymphgefässen, pyogene Eigenschaften zu entfalten.

6) Gewisse Formen von Puerperalfiebern stehen mit Erysipelinfection der Genitalschleimhaut in Verbindung.

7) Erysipel hat grosse Neigung sich mit anderen Infectionskrankheiten zu compliciren, Abdominaltyphus, Scharlach, Diphtherie.

8) Die Zahl der Erysipelerkrankungen dürfte eine grössere sein, als man bisher angenommen hat, so bei spontaner Peritonitis, bei manchen Puerperalfiebern, bei Diphtherie und Scharlach.

Das letzte Viertel der Arbeit des Dr. Hartmann, welche im Ganzen einen Umfang von 229 Seiten hat, widmet der Forscher den Uebertragungsversuchen der Reinculturen auf Thiere. Er lernt dadurch die Eigenschaften der Erysipelkokken wesentlich besser kennen, andererseits findet er vieles bestätigt, was ihm das Material, vom Krankenbette her entnommen, geboten hatte. Von diesem Abschnitte sei erwähnt, dass er seine Untersuchungen an Mäusen, Ratten, Kaninchen und Meerschweinchen machte. Er impfte diese Thiere cutan, subcutan, intravenös und intraabdominal. Die Mäuse waren die empfindlichsten, von ihnen starben manche; dagegen war das Gift auf die Meerschweinchen kaum wirksam. Der Uebergang in die Blutbahn wurde nachgewiesen. Die Krankheitssymptome bei den empfindlichen Thieren waren den der menschlichen Erkrankung ähnlich. — Auch wurden Injectionen mit Erysipelkokken von verschiedenen Krankheitsformen gemacht, um ihre Identität nachzuweisen. Das gelang vollständig: von der puerperalen mit den cutanen, dann der spontanen Peritonitis, der Diphtherie und des Scharlach. — Auch glaubt Hartmann bewiesen zu haben, dass die bei Diphtherie in den Rachengebilden, im Blute und in den inneren Organen vorkommenden Streptokokken wirkliche Erysipelkokken sind.

Zuletzt fasst Hartmann noch einmal die Gesammtresultate zusammen. Er sagt: 1) Die epidemische Gesichtsrose, die frühere idiopathische, wird durch dieselben Kokken hervorgebracht, wie die traumatische, scharf begrenzt wandernde. Die Kokken werden in den Lymphgefässen und Maschenräumen angetroffen, sowohl des cutanen wie des subcutanen Gewebes, vermögen aber auch bei reichlicher Entwickelung von den Capillargefässen aus in die Blutbahnen aufgenommen zu werden. Die Kokken vermehren sich mit dem Fortschreiten, der Intensität der Erkrankung entspricht eine massenhafte Kokkenansammlung. Durch Uebertragung ist man im Stande typisches wanderndes, scharf begrenztes Erysipel zu erzeugen.

2) Es können Fälle von Puerperalfieber auf Erysipelinfection beruhen, und diese sind als innere puerperale, gewöhnlich maligne Erysipele aufzufassen.

Den 4. April 1888. Referirt von Dr. J. Ucke.

Prof. H. von Bamberger: Ueber die Anwendbarkeit der Oertel'schen Heilmethode bei Klappenfehlern des Herzens. (Wiener klin. Wochenschr. № 1).

In Anbetracht der durch die Oertel'sche Behandlungsmethode in manchen Fällen von chronischen Kreislaufsstörungen unzweifelhaft erzielten günstigen Resultate ist Prof. H. v. Bamberger bestrebt, die Indicationen für die Anwendung dieser Heilmethode genauer zu präcisiren. Die Principien der Oertel'schen Methode beruhen, wie allgemein bekannt, hauptsächlich auf 2 Factoren, nämlich auf Reduction der Flüssigkeitszufuhr, neben gleichzeitiger Steigerung der Hauttranspiration, und auf erhöhter Muskelthätigkeit (mehrstündiges Gehen, Bergsteigen).

I. Wasserreduction. Der Oertel'schen Anschauung über das Wesen der chronischen Kreislaufsstörungen liegt die Voraussetzung zu Grunde, dass das eine Hauptmoment in einer absoluten Zunahme der Blutmasse mit Vermehrung ihres Wassergehalts und Abnahme der festen Bestandtheile (nebst grösserem Wassergehalt der Gewebe) beruht, der sogenannten serösen oder hydrämischen Plethora. B. kann sich der Oertel'schen Annahme der Existenz dieser serösen Plethora bei chronischen Kreislaufsstörungen, insbesondere bei Klappenfehlern, nicht anschliessen. An und für sich bedingen Klappenfehler nur eine abnorme Vertheilung des Blutes, ohne auf die Quantität und Qualität desselben irgend welchen erheblichen Einfluss zu üben. Bei den Sectionen von Klappenfehlern findet man regelmässig ein sehr dunkles und dickes Blut; bei Venäsectionen und bei Application von Schröpfköpfen zeigt das Blut in der Regel dieselbe Behaffenheit. Um jedoch über diese Verhältnisse ins Klare zu kommen, hat B. bei fast allen im Laufe des letzten Wintersemesters seiner Klinik zugegangenen Klappenfehlern Untersuchungen des Blutes vorgenommen, und zwar: Zählungen der rothen und farblosen Blutkörperchen, Bestimmungen des Haemoglobin-Gehalts mit dem von Fleischl'schen Haemometer, des specifisch. Gewichts mittelst Pyknometer und des festen Rückstandes des Blutes durch Abdampfen bei schliesslicher Temp. von 120° C. Der Uebersichtlichkeit halber wurden die gefundenen Zahlenwerthe (mit Ausnahme des specifischen Gewichts) in Percenten des Normalen angegeben, wobei als normale 100 folgende Zahlen angenommen wurden: Rothe Blutkörperchen im Cb.-Mm. beim Manne 5 Mill., beim Weibe 4,5 Mill., Haemoglobingehalt beim Manne 100, beim Weibe 90, farblose Blutkörperchen im Cb.-Mm. ungefähr 10,000, specifisches Gewicht beim Manne — 1,056—1,059, beim Weibe — 1,051—1,055; fester Rückstand bei 128° in 1000 Th. Blut beim Manne 211,29, beim Weibe 175,45. Die von ihm untersuchten Pat. theilt B. in 3 Gruppen: 1) mit vollkommen compensirten Klappenfehlern, d. h. solche, bei welchen ausser zeitweiser Dyspnoe und Herzklopfen, besonders bei Anstrengungen, allenfalls bei leichter Cyanose der Lippen, keine weiteren Störungen nachzuweisen sind; 2) mit beginnender Compensationsstörung (geringe, vorübergehende Oedeme, leichte Albuminurie, mässige Leberschwellung und Bronchitis) und endlich 3) mit vollkommen ausgebildeter Compensationsstörung, d. h. mit stärkerer Entwickelung der eben erwähnten Erscheinungen, bes. Cyanose und Hydrops. Um die von ihm bei Klappenfehlern constatirten Blutveränderungen zu veranschaulichen, giebt B. die bei der Untersuchung des Blutes gefundenen Mittelzahlen in folgender Tabelle (wobei die compensirten Klappenfehler und jene mit beginnender Compensationsstörung als Gruppe I. und II, jene mit aufgehobener Compensation als Gruppe III bezeichnet sind).

	Gruppe I und II.	Gruppe III.
Rothe Blutkörperchen	89.	104.
Haemoglobin	93.	111.
Leucocythen	96.	98.
Fester Rückstand	100.	113.
Spec. Gewicht.	1,052.	1,059.

Das Resultat seiner Untersuchungen fasst B. in folgenden Schlüssen zusammen:

Im Stadium der Compensation und der beginnenden Störung hat das Blut entweder normale Zusammensetzung oder es sind solche Abweichungen da, die durch die constitutionellen und Lebensverhältnisse bedingt sind. Im Stadium der aufgehobenen Compensation geht das Blut um so sicherer einer zunehmenden Eindickung entgegen, je beträchtlicher die venöse Stauung und je rascher und ausgiebiger hydropische Transsudate erfolgen. Die Möglichkeit, dass durch complicirende Verhältnisse Ausnahmen von dieser Regel vorkommen können, stellt B. nicht in Abrede. Im Allgemeinen haben sich also die früheren Beobachtungen an Lebenden und an der Leiche bestätigt. Mithin kann B. die Oertel'sche Theorie der serösen Plethora für Klappenfehler nicht als richtig anerkennen, aber auch bei allen anderen Herzaffectionen, die ein analoges Symptomenbild geben, glaubt er bestimmt voraussetzen zu können, dass eine genauere Blutuntersuchung ganz dieselben Verhältnisse ergeben wird. Diese Therapie verdankt ihre Entstehung einer nicht gerechtfertigten Identificirung der Begriffe: seröse Plethora und venöse Stauung, die wohl ausnahmsweise neben einander vorkommen können, aber wesentlich nichts mit einander gemein haben. Die zweifellos bestehende venöse Stauung erklärt vollkommen alle Krankheitserscheinungen. Die Berechtigung der Flüssigkeit entziehenden Methode kann B. demnach nur für jene Fälle zugeben, wo habitueller Missbrauch in dieser Beziehung statthatte, in den übrigen aber besteht kein Grund einem so unabweislichen Bedürfnisse des Körpers innerhalb der normalen Grenzen beschränkend entgegen zu treten und kann man die Regelung der Wasserbilanz ruhig dem Organismus überlassen.

II. Die Herzmuskelgymnastik, welche insbesondere die Kräftigung des Herzmuskels bezweckt durch Hervorrufung kräftiger Herzcontractionen, Erhöhung des Blutdruckes im Aortensystem, grössere Füllung der arteriellen Gefässe und Verminderung der im venösen Apparate aufgestauten Blutmenge, durch Ersteigen von Höhen und Bergen, sowie überhaupt durch Muskelarbeit. Bei den reinen

Schwächezuständen des Herzens, wie bei übermässiger Fettauflagerung, auch bei beginnender fettiger Degeneration der Muskelfaser selbst, bei passiver Dehnung desselben durch zu grosse Blutmasse, bei luxuriös und träge lebenden Menschen, in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten, kann es gewiss keine zweckmässigere Methode geben als die Oertel'sche Herzmuskelgymnastik. Sobald aber das Herz wirklich krank ist, wie z. B. ein Herz mit defecten Klappen, so bedarf ein solches Organ vor Allem der Ruhe und Schonung. Indem B. die Anschauung von Oertel, nach welcher die Herzmuskelgymnastik bei Klappenfehlern angezeigt ist, wenn die Compensation ungenügend, nicht vollständig eingetreten, oder im weiteren Verlaufe wieder abgeschwächt und verloren gegangen ist, verwirft, giebt er bei Klappenfehlern Spaziergänge auf ebenem oder mässig ansteigendem Terrain vollkommen zu. Uebrigens auch Oertel's gymnastischer Heilplan beschränkt sich in praxi bei Klappenfehlern blos auf das Begehen der geringeren Grade der Terrainwege, was sich bekanntlich von einem gewöhnlichen Spaziergange nicht unterscheidet. —ss.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Курсъ оперативной хирургіи; лекціи Проф. Боброва 1886—87. Выпускъ II. — Москва 1888. А. Лангъ. Ц. 1 р. 40 к.

— Ueber den Typhus icterodes von Smyrna von Dr. G. Diamantopulos. Wien und Leipzig 1888. Urban & Schwarzenberg.

— Untersuchungen über Heterogenese III von Prof. A. P. Fokker. — Groningen 1888. P. Noordhoff.

— Abwartende Methode oder Credé'scher Handgriff von Prof. F. Ahlfeld. — Leipzig 1888. Wilh. Grunow.

— Die Eigenart der Warmquellen von Wildbad v. Dr. W. Theod. v. Renz. — Stuttgart 1888. Ferd. Enke.

— Der Abdominaltyphus von Dr. Fr. Seitz. — Stuttgart 1888. Ferd. Enke.

— Die Thrombose von Prof. C. J. Eberth und Dr. C. Schimmelbusch in Halle. — Stuttgart 1888. Ferd. Enke.

— Deutsche Chirurgie, herausgegeb. von Prof. Billroth und Prof. Luecke. Lieferung 42. Verletzungen des Thorax und seines Inhaltes v. Prof. Dr. Riedinger — Stuttgart 1888. Ferd. Enke.

— Der Kaiserschnitt von Dr. G. Leopold. — Stuttgart 1888. Ferd. Enke.

— Lehrbuch der Psychiatrie von Prof. R. von Krafft-Ebing. 3. Auflage. — Stuttgart 1888. Ferd. Enke. Pr. 15 Mk.

Vermischtes.

— *Zu Professoren der am 22. Juli eröffneten Universität Tomsk* sind vorzugsweise Privatdocenten der Kasanschen Universität ernannt worden und zwar Dr. N. Malijew — für den Lehrstuhl der Anatomie, Dr. A. Dogel — für Histologie, A. Saizew — für Mineralogie und Geologie, E. Lehmann — für Pharmacie, E. Korshinski — für Botanik, Jesechus — für Physik und E. Pölzam — zum Custos des zoologischen Cabinets.

— *In die Zahl der Studirenden der Universität Tomsk* werden auch Zöglinge der rechtgläubigen Seminare *aufgenommen* werden, welche den Cursus daselbst in der I. Kategorie dieser Anstalten absolvirt haben. Dieselben können jedoch nur im Laufe von 2 Jahren nach Beendigung des Cursus im Seminar in die Universität eintreten und müssen ausserdem eine Ergänzungsprüfung in der russischen und lateinischen Sprache im Umfange und nach dem Programm bestehen, wie solche für die Abiturienten der Gymnasien vorgeschrieben sind. Die Ergänzungsprüfungen finden vor einer besonderen Commission unter dem Vorsitz des Decans der medicinischen Facultät statt, können aber auch bei den Gymnasien vorgenommen werden.

— Dem Landschaftsarzt des Ardatowschen Kreises (Gouv. Simbirsk), welcher in Folge von Intriguen sich gezwungen sah, seinen Dienst zu quittiren, ist von seinen Collegen (4 Landschaftsärzten dieses Kreises) eine Adresse überreicht worden, in welcher sie seine langjährige erfolgreiche ärztliche Thätigkeit im Ardatowschen Kreise hervorheben und ihrer Entrüstung über das ihm widerfahrene Unrecht Ausdruck verleihen.

— *Verabschiedet*: Der Oculist des Hafens in Nikolajew und ältere Arzt der I. Schwarzmeer-Flottenequipage, wirkl. Staatsrath Karassewitsch, wegen Krankheit, mit Uniform.

— *Verstorben*: 1) Am 22. Juli in St. Petersburg der Arzt am hiesigen Institut der Bergingenieure, wirkl. Staatsrath Dr. Jakob Schlothauer. 2) Am 24. Juli in Kiew der junge Arzt Th. Karanenko, welcher soeben seinen Cursus daselbst absolvirt hatte, an der Schwindsucht. 3) Der Oberarzt der 4. Reserve-Artillerie-Brigade, Staatsrath G. Nekraschewitsch. 4) Am 25. Juli im Gouv. Kasan die Aerztin A. Weretennikowa im 33. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. 5) In Brigthon Dr. G. Thompson Gream, Leibarzt der Princessin von Wales, im 62. Lebensjahre. 6) In Paris der hervorragende Ophthalmolog Dr. Fienzal, Chefarzt des Hospice national des Quinze-Vingts, an Erysipelas. Von ihm stammt ein ausgezeichneter Atlas der Augenkrankheiten. 7) In Gent der Professor der Medicin, Dr. Etienne Poirier.

— Für den durch den Abgang Prof. Preyer's erledigten Lehrstuhl der Physiologie in Jena sind von der dortigen Facultät Biedermann (Prag), Gad (Berlin) und Frey (Leipzig) in Vorschlag gebracht worden.

— Die *Geschäftsführer der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln* versenden augenblicklich das Programm der diesjährigen Versammlung. Der ärztliche Centralanzeiger in Hamburg hat es übernommen, dasselbe an alle Aerzte Deutschlands zu verschicken. Im Uebrigen wird dasselbe unter Kreuzband versandt an alle Vertreter der Naturwissenschaften an den Universitäten, polytechnischen und landwirthschaftlichen Hochschulen. Wenn hierbei einzelne Vertreter bezw. Freunde der Naturwissenschaften übersehen sein sollten, so werden sie gebeten, sich behufs Zusendung eines Programms an den I. Geschäftsführer, Prof. Dr. Bardenheuer, Köln, Berlich 20, zu wenden.

— Die medic. Facultät in Göttingen hat mit höherer Genehmigung beschlossen, in Zukunft den Druck der Doctordissertationen bis zum Umfange von 3 Druckbogen und mit Ausschluss von etwa der Arbeit beigegebenen Tafeln selbst zu übernehmen. Bei umfangreicheren Arbeiten behält die Facultät sich vor, wenn dieselben besonders gut sind, ausnahmsweise die Mehrkosten des Druckes zu tragen. Die Kosten werden aus den Gebühren für Examen und Promotion, die unverändert bleiben, gedeckt.

(T. R. — Rig. Zeitg.).

— Im nächsten Jahre begeht die Universität *Montpellier* das *Fest ihres 600-jährigen Bestehens.*

— Das *Pensionsinstitut des Wiener medicinischen Doctorencollegiums*, welches seit 11 Jahren besteht und gegenwärtig 116 Mitglieder zählt, besitzt ein Vermögen von mehr als 300,000 Fl. und zahlt bereits an 9 Mitglieder die Jahrespension von 600 Fl. Dagegen hat sich die *Pensionscasse des österreichischen Aerztevereinsverbandes* wegen Mangels an Theilnahme aufgelöst.

— Die «*British Medical Association*» hat vom 7.—10. August n. St. in Glasgow ihre 56. Jahresversammlung abgehalten, an welcher ca. 3000 Aerzte Theil nahmen. Von deutschen Aerzten waren die Professoren Gerhardt, Ziemssen und Benedict dort anwesend. Zum Präsidenten der Versammlung wurde Dr. Gairdner gewählt.

— Die *Vertheidigungsschrift* Sir Morell Mackenzie's lässt noch immer auf sich warten, obgleich sie schon wiederholt angekündigt und die Reclame für dieselbe eifrig betrieben worden ist. Der «Daily Telegraph» berichtet, dass jeder einzelne Probebogen vor dem Druck von Ihrer Majestät geprüft wird. — Dagegen steht es fest, dass die in Berlin erschienene officielle Schrift «*Die Krankheit des Kaisers Friedrich III.*» *in englischer Uebersetzung* im Verlage von *Mr. Alfred E. Young* in London demnächst erscheinen wird. Man wird nun sehen, ob Mackenzie seine oft wiederholte Drohung, dass er seine «Verleumder», namentlich auch den Verleger einer etwaigen englischen Uebersetzung der obigen Schrift, gerichtlich belangen werde, ausführen wird.

— *Der VII. internationale Ophthalmologencongress* tagte in diesem Jahre zum ersten Mal in Deutschland, und zwar vom 8.—11. August in Heidelberg. Derselbe wurde in der Aula der Universität durch den Alterspräsidenten Prof. Donders eröffnet, worauf Prof. Becker (Heidelberg) die Versammlung mit warmen Worten begrüsste und Donders zum Präsidenten vorschlug, der auch einstimmig gewählt wurde. Zu Ehrenpräsidenten wurden der um die Augenheilkunde hochverdiente Prof. Helmholtz, ferner Gayet (für Frankreich), Knapp (Amerika), Robertson (England), Reymond (Italien) und Fuchs (Oesterreich) gewählt. Die Zahl der Mitglieder betrug ca. 250. Zum Versammlungsort des nächsten Congresses, welcher im Jahre 1894 stattfinden wird, wurde Edinburg gewählt.

— Dr. Kisch empfiehlt in der «D. med. Ztg.» bei Fettleibigen, um das Wundwerden der Haut und die Entstehung von Eczemen durch die hängenden Fettbrüste, Hängebauch, in den Schenkelbeugen u. s. w. zu verhüten beim Beginn einer Cur, welche stärkere körperliche Bewegung erfordert, folgendes Streupulver, welches täglich mehrmals einzustreuen ist, anzuwenden: Acid. salycil. 1,0, Pulv. talc. venet., Pulv. amyl. oryzae aa 50,0.

— Albert Wilson wendet bei *Bisswunden von tollen Hunden* eine 20-procentige Lösung von Carbolsäure in Glycerin an. Diese Lösung ist nicht ätzend, coagulirt nicht das Eiweiss und hat dadurch sowohl, als auch durch die Anziehungskraft für Wasser eine viel tiefergehende Wirkung als Höllenstein u. dergl. auf die Wunden.

(Med.-chir. Centralbl. — Med.-chir. Rundsch.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 24. bis 30. Juli 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
308	210	518	161	57	85	9	7	11	47	31	30	21	33	13	10	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 33, Scharlach 10, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 6, Tubercrlose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 1, Alcoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 130, Todtgeborene 20.

Für die Woche vom 31. Juli bis 6. August 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
270	233	503	129	60	81	19	4	11	47	40	28	31	29	15	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 15, Diphtherie 9, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicämie 3, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 26, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungskanals 131, Todtgeboren 18.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	29. Juli - 4. Aug.	2530	31,6	—	1309	15,9
Paris . . .	2 260 945	29. Juli - 4. Aug.	1115	25,6	79	781	18,0
Brüssel . .	181 270	22.—28. Juli	91	26,5	9	94	27,0
Stockholm .	221 549	22.—28. Juli	135	31,6	4	79	18,5
Kopenhagen	300 000	1.—4. August	199	34,4	4	111	19,3
Berlin . . .	1 414 980	29. Juli - 4. Aug.	937	35,1	43	629	23,1
Wien . . .	800 836	29. Juli - 4. Aug.	498	32,3	27	310	20,0
Pest . . .	442 787	22.—28. Juli	334	39,2	17	285	33,5
Warschau .	444 814	29. Juli - 4. Aug.	336	39,2	17	194	22,6
Odessa . .	268 000	29. Juli - 4. Aug.	—	—	9	164	31,8
St. Petersburg	732 881	5.—11. Aug.	458	32,5	17	450	31,9

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17. L. Haus 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская, 43, кв. 20.
*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 12, Quart. 22.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5. лин. и Академ. переул., д. 1/6, кв. 21.
Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.
T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул., № 23.
Wilhelmine Hensel, В. О. 17 лин., д. № 12, кв. 13.
Августа Федоровна Кауфманъ, по Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22, кв. 9.
Луиза Карловна Мертке, Гороховая ул., д. 42, кв. 28.
И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22, кв. 28.
Amalie Ritter, В. О. 17 л., д. 12, кв 37.
Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер., д. 7, кв. 12.
E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
П. Эйрихъ, Невск. просп. д. 88, кв. 10.
Amalie Schulze, Alexander-Platz H. 6. Qu. 53.
A. Schönfeldt, В. О. 12 лин., д. 17, кв. 2.
Frau E. Kroeger, Офицерская ул., д. 18, кв. 28.
Maria Brüllow, В. О. 6 лин., д. 29, кв. 9.
Ottilie Rupprecht, Гусевъ пер., № 17.

Довв. ценз. Спб. 19. Августа 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 35. **St. Petersburg, 27. August (8. September)** **1888.**

Zur Diagnostik der Magenkrankheiten.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 2. März 1888).

Von

Dr. H. Krannhals.

«Die Mehrzahl der Aerzte begnügt sich auch heut zu Tage noch bei Untersuchung Magenkranker mit der Anwendung der gewöhnlichen physikalischen Untersuchungsmethode. In einer Reihe von Fällen ist es mit Hilfe dieser Methode und der sonstigen Erscheinungen, insbesondere der genauen Anamnese möglich die Diagnose sicher zu stellen. In sehr vielen Fällen reicht dieses aber zur exacten Diagnose nicht aus. Aber auch in dem erstgenannten Falle ist damit noch nicht viel gewonnen: so ist beispielsweise mit der Diagnose: «Carcinom», «Magendilatation», «chron. Magencatarrh» und dergl. an sich sehr wenig erreicht. Wollen wir einen Einblick in das Wesen dieser Erkrankungen gewinnen, so müssen wir festzustellen suchen, wie sich die Verdauung, wie sich die Saftsecretion, wie sich die resorbirende und motorische Kraft des Magens verhält».

Diese Worte, mit denen Riegel [1]) vor ca. 2 Jahren seine «Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten» einleitete, haben auch jetzt noch ihre volle Giltigkeit, insbesondere als sie betonen, dass die nunmehr als gesichert anzusehenden Fortschritte in der Diagnostik der Magenkrankheiten trotz zahlreicher Mittheilungen etc. in den letzten Jahren doch noch nicht Gemeingut der praktischen Aerzte geworden sind. Es ist das um so wünschenswerther, als die neueren Untersuchungsmethoden, namentlich in Bezug auf eine rationelle Therapie, so ungemein werthvolle Aufschlüsse ermöglichen. Wer sich in praxi eingehender mit Magenkrankheiten befasst und für dieselben interessirt hat, wird sich von dem Unzureichenden unserer bisherigen rein physikalischen Diagnostik nur zu oft überzeugt und das Verlangen gehabt haben, namentlich bezüglich der Therapie auf festerem Boden sich zu bewegen.

Die Literatur der letzten 3—4 Jahre ist verhältnissmässig reich an grösseren und kleineren Arbeiten, welche die Diagnostik der Magenkrankheiten zum Gegenstande haben. Mein heutiger Vortrag hat den Zweck, Ihnen aus der Mehrzahl dieser Arbeiten dasjenige in gedrängter Form zusammenzufassen, was für den praktischen Arzt wissens- und nachahmenswerth erscheint.

Wir werden uns hierzu mit dem gegenwärtigen Standpuncte der Physiologie der Magenverdauung, mit ihren pathologischen Störungen und endlich mit den Hilfsmitteln zu beschäftigen haben, welche zur Erkennung dieser Störungen dienen.

Der Magensaft ist bekanntlich eine Flüssigkeit, welche von der Schleimhaut des Magens abgesondert wird, wenn dieselbe Reize irgend welcher Art, seien es chemische, mechanische oder thermische, treffen. Die klare, farblose, stark sauer reagirende und riechende Flüssigkeit enthält an Bestandtheilen: 1) das die Eiweisskörper lösende Ferment — Pepsin, 2) Salzsäure, 3) Schleim, 4) Mineralstoffe. Bei leerem gesundem Magen findet keine Absonderung des Magensaftes statt. Diese erfolgt stets nur nach stattgehabten Reizen, in natürlichem Zustande, also erst sobald Nahrungsstoffe eingeführt werden.

Die Thätigkeit des Magensaftes besteht in erster Reihe in der Verdauung der Eiweisskörper durch die Salzsäure und das Pepsin. Die Eiweisskörper werden anfangs durch Quellung in Syntonin verwandelt, gehen sodann in Propepton über und werden endlich als Peptone gelöst *). Pepton kann nur durch Zusammenwirken von Säure und Pepsin gebildet werden, während es bei Säureanwesenheit allein ausschliesslich zur Entwickelung der Vorstufen (Propepton) kommt Boas [2]). Je reichlicher der Pepsingehalt, um so schneller erfolgt bis zu einem gewissen Grade die Auflösung. Das Pepsin erleidet, als Ferment, selbst fast garkeine Veränderungen und wenn für einen genügend bleibenden Säuregehalt gesorgt wird, vermag es stets neue Mengen Eiweiss aufzulösen. Von den in flüssiger Form eingeführten Eiweiss-

[1]) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 11, pag. 167.

*) Wie die neuesten Untersuchungen von Boas (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 12 pag. 239, 1887) lehren, kann Peptonisation auch durchaus auf directem Wege aus dem Acidalbumin erfolgen. Propepton als Vorstufe ist nicht absolut nöthig. Propepton scheint vielmehr nur ein Nebenproduct der Eiweissverdauung zu sein.

[2]) l. c. pag. 241.

körpern wird allein nur das Caseïn der Milch zuerst in fester Form niedergeschlagen, sonst gehen die nicht geronnenen Eiweisskörper sogleich in den Syntoninzustand über.

Neben der Hauptthätigkeit, der Eiweissverdauung, vermag der Magensaft noch Milchzucker in Milchsäure überzuführen, Rohrzucker wird allmälig in Traubenzucker verwandelt, Fette werden bereits zum geringen Theil in Glycerin und fette Säuren zerlegt. Auf Stärkemehl, Inulin, Gummi vermag der Magensaft nicht einzuwirken.

Im Speciellen gestaltet sich der Process der Eiweissverdauung und das Verhalten des Magensaftes bei demselben beim Gesunden folgendermaassen (E w a l d und B o a s [3]):

Nach Verabfolgung von Weissbrod oder geschabtem Fleische oder Eiweiss an die Versuchsperson findet man schon in den ersten 10—15 Minuten nach der Nahrungsaufnahme saure Reaction des ausgeheberten Mageninhaltes, aber noch keine *freie* Salzsäure; die einzelnen Speisetheilchen sind mit Salzsäure imbibirt, imprägnirt. An dieses Stadium schliesst sich bald als zweites das der *freien* Salzsäure an. Sobald nämlich eine vollkommene Aufsaugung mit genannter Säure erfolgt ist, resp. alle den Verhältnissen nach möglichen salzsauren Salze gebildet sind, wobei die Zeit je nach der Art der Nahrungsmittel schwankt, kann der Mageninhalt das Product der Magendrüsen in freiem Zustande enthalten. Dieser Zeitpunct wird aus angegebenen Gründen von den verschiedenen Autoren sehr verschieden fixirt. Bei 120 Grm. Fleischkost konnten E w a l d und B o a s freie Salzsäure nach 1½—2 Stunden nachweisen, ebenso in der Regel bei Fischkost und gemischter Kost, bei gekochtem Eiweiss nach 1—1¼ Stunden etc. Wohl gemerkt, *freie* Salzsäure! Die eigentliche Secretion beginnt wohl sofort nach der Nahrungsaufnahme. In einer gewissen Zeit (1 – 2—3—4 Stunden, je nach der verabfolgten Nahrung) erreicht sie ihren Höhepunct und mit diesem scheint der wirksamste Hebel für die Austreibung der Digesta in den Darm gegeben zu sein. Mit der Verringerung des Reizes nach der Entfernung eines Theiles des Mageninhaltes durch Weiterbeförderung in den Darm lässt die Magensaftproduction nach, der Salzsäuregehalt verringert sich, um in noch späterer Zeit vollständig zu verschwinden. Alsdann unterscheidet sich der Mageninhalt in nichts von dem bei nüchternem Magen Entnommenen. Bei mässiger Fleichkost ist der Mageninhalt nach 3—4 Stunden fast vollkommen frei von Speisetheilchen und von Salzsäure; bei reichlicher Mittagsmahlzeit erst nach der 5.—7. Stunde. — Die Absonderung des Pepsins geht gewöhnlich gleichen Schritt mit der der Salzsäure, doch sind die beiden Substanzen nicht von einander abhängig. Es kann freies Pepsin vorhanden sein ohne Salzsäure und umgekehrt.

Im Wesentlichen zu denselben Resultaten in Bezug auf den Modus der normalen Magenverdauung gelangten in einer ganz unabhängigen Versuchsreihe J a w o r s k y und G l u z i n s k i [4]). Auch nach ihnen besteht der ganze Verdauungsact aus zwei von einander scharf getrennten Stadien, dem des Ansteigens und des Abfallens der Verdauungsfunction. Im ansteigenden Stadium steigere sich langsam die Säure- und Pepsinsecretion und die Bildung der Verdauungsproducte, im Abfallstadium erfolge eine rasche Abnahme derselben. Beide Stadien sind durch das Maximum des Verdauungschemismus mit dem höchsten Aciditätsgrade scharf von einander getrennt. Der mechanische Reiz der Einfuhr von Nahrungsstoffen rufe die chemische Verdauungsaction in's Leben. Sobald der sich steigernde chemische Reiz einen gewissen Grad erreicht habe, löse derselbe die mechanische Thätigkeit des Magens aus und es erfolge eine beschleunigte mechanische Action des Organes, welche der chemischen ein Ende mache.

Neben der dem Magensafte eigenthümlichen Säure, der Salzsäure, findet sich nun fast constant im ausgeheberten Mageninhalte noch eine zweite praktisch wichtige Säure, die *Milchsäure*. Die Ansichten über das Vorkommen und die Bedeutung derselben bei der Magenverdauung sind ausserordentlich wechselnde gewesen. Anfangs und ganz besonders auf die Versuche von L e h m a n n [5]) hin als Product der Drüsenthätigkeit betrachtet, wurde ihr Vorkommen später nur als pathologisches angesehen und ihre Entstehung auf abnorme Gährungsprocesse zurückgeführt. Neuerdings behauptet wiederum R i c h e t, dass neben Salzsäure eine organische Säure, Fleischmilchsäure, im frischen, reinen Magensaft vorhanden sei, während E w a l d, K i e t z u. A. constatirten, dass Milchsäure kein Bestandtheil des normalen Mageninhaltes ist. Die erneuten Untersuchungen von E w a l d und B o a s [6]) ergaben, dass sicher Milchsäure im Mageninhalte vorkomme, aber nicht als Product der Drüsenthätigkeit, auch nicht ausschliesslich als pathologischer Bestandtheil in Folge abnormer Gährungen, sondern ganz normaler Weise bei vollkommen typischer Verdauung hervorgehend aus der dargereichten Kost. Je nach dieser Kost bilde sich Gährungsmilchsäure oder Fleischmilchsäure — erstere als Product der normalen Gährung eingeführter Kohlehydrate, die andere in Folge von Auslaugung aus dem eingeführten Fleische, in welchem sie präformirt enthalten. Bei reiner Eiweisskost (Eieralbumin) lässt sich aus dem Mageninhalte mit den gewöhnlichen Methoden keine Milchsäure erhalten. Beide Milchsäurearten treten alsbald nach Einverleibung der betr. Substanzen auf. Gährungsmilchsäure ist schon nach den ersten 10 Minuten zu finden, sie nimmt zu in den nächsten 30—40 Minuten, um dann in dem Maasse wieder abzunehmen, als jetzt die Salzsäure auftritt und sich vermehrt. Nach ca. 1 Stunde ist die Milchsäure vollständig verschwunden. Ziemlich analog verhält sich die Fleischmilchsäure. Auch hier lassen sich 3 Phasen unterscheiden. Während der ersten Phase, die ca. 50 Minuten nach der Aufnahme des Fleisches dauert, findet man keine andere freie Säure als Fleischmilchsäure**). Sodann folgt ein Stadium, wo sich neben der Milchsäure auch schon Salzsäure findet (60—90 Minuten nach der Mahlzeit) — das sog. Intermediärstadium. Im 3. Stadium, der Höhe der Fleischverdauung, ca. 2 Stunden (100—120 Minuten) nach der Mahlzeit ist die Fleischmilchsäure wieder verschwunden und findet sich nur noch Salzsäure. Das gleiche Verhalten zeigt die Milchsäure bei Darreichung gemischter Kost.

Wir haben somit ein ganz constantes, gesetzmässiges Verhalten, das sich darin ausspricht, dass beim gesunden Magen in den ersten Stadien der Verdauung die *Milchsäure allein* nachweisbar ist, dass darauf ein Zwischenstadium auftritt, in dem *Milchsäure und Salzsäure* vorkommen, während in dem letzten Stadium die *Salzsäure allein* bis zur gänzlichen Eliminirung des Mageninhaltes beobachtet wird.

Auf die Ursachen des allmäligen Verdrängtwerdens der Milchsäure durch die Salzsäure in dem Maasse, als die letztere im II. und III. Stadium sich vermehrt, sei hier nicht näher eingegangen [7]). Sie wird caeteris paribus um so früher schwinden, je besser und schneller es zur Absonderung der sie verdrängenden Salzsäure kommt. Beträchtliche Zeitdifferenzen des Verschwindens bestehen je nach der dargereichten Kost. So ist z. B. bei demselben Individuum nach Weissbroddarreichung die Milchsäure schon nach ca. 30 Minuten nahezu oder ganz verschwunden, bei Schwarzbrod nach 60—80 Minuten noch vorhanden; bei Kartoffeln sogar nach 75—90 Min. Aehnlich die Fleischmilchsäure. Gekochtes und rohes Fleisch verhalten sich in dieser Beziehung gleich. Nach Fischkost ist die Milchsäure schon nach 60 Minuten nicht mehr nachweisbar, während sie um

[3]) V i r c h o w's Archiv Bd. 101, pag. 325 ff.; Bd. 104, p. 271 ff.

[4]) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 11.

[5]) Citirt nach E w a l d und B o a s l. c.

[6]) l. c.

**) Bei absolut reiner Fleischkost soll sich nach C a h n und M e h r i n g keine Milchsäure finden (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 39). Vergl. die Widerlegung durch B o a s (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 12, pag. 258, Fussnote).

[7]) Vergl. E w a l d und B o a s l. c.



diese Zeit noch in grosser Menge bei Fleischkost zu finden sein wird.

Es wäre wünschenswerth diejenigen Nahrungsmittel, bei welchen Milchsäure überhaupt in Betracht kommt, einer systematischen Untersuchung in dieser Beziehung zu unterwerfen. Wir würden dann bestimmtere Anhaltspuncte über die leichtere und schwerere Verdaulichkeit eines Nahrungsmittels in dieser Beziehung haben. Denn seine eigentliche verdauende Thätigkeit beginnt der Magen erst von dem Momente an, wo die Salzsäure die führende Rolle übernimmt, erst dann beginnt die Lösung und Fortschaffung der eingeführten Stoffe.

In den 3 Stadien der Magenverdauung verhalten sich Eiweisskörper, Amylaceen und Fette wesentlich verschieden. Die Peptonisirung der *Albuminate* wird höchst wahrscheinlich eingeleitet durch Milchsäure, denn schon im ersten Stadium, wo freie Salzsäure noch fehlt, Pepsin aber, wenn überhaupt, so in vollkommen unzureichender Menge vorhanden ist, findet man Peptone. Später hält die Peptonisirung im Allgemeinen Schritt mit der Säurezunahme. Mit der Abnahme des Säuregrades sinkt auch der Peptongehalt. Immer aber finden sich neben den Peptonen auch noch Eiweisskörper, bis endlich bei beendeter Magenverdauung beide verschwunden sind. Die grösste Salzsäure- und die grösste Peptonmenge findet man ungefähr in der Mitte der Verdauungszeit, nicht etwa gegen Ende derselben.

Ganz anders verhalten sich die *Amylaceen*. Bei fehlender Acidität, oder so lange dieselbe noch gering, findet auch noch im Magen eine kräftige Umwandlung der Stärke und eventuelle Resorption der gebildeten löslichen Producte statt. Aber das dauert in einem normalen Magen nicht länger als etwa 5—10 Minuten nach der Nahrungsaufnahme, dann wird bei wachsendem Säuregehalte die Amylolyse mehr und mehr inhibirt, denn das Ptyalin des mitverschluckten Speichels wird durch freie Säure schnell zerstört und zwar durch Salzsäure schon bei einem Gehalte von 0,7 pro Mille, durch Milchsäure bei einem Gehalte von 1,5 p. M. *Wann* die Amylolyse vollkommen sistirt ist, hängt von der Beschaffenheit der aufgenommenen Nahrung, dem vorfindlichen Säuregrade und anderen Umständen ab.

Die *Fette* werden von allen bei der Magenverdauung in Betracht kommenden Stoffen am wenigsten verändert: es findet zu einem geringen Theil eine Zerlegung in Glycerin und Fettsäuren statt. Dennoch ist ihr Einfluss auf den Verdauungsvorgang nicht gering anzuschlagen: ein grösserer Fettzusatz behindert die Verdauung, indem, wie Ewald und Boas fanden, in erster Reihe die Production von Salzsäure hintangehalten wird und in Folge dessen das Milchsäurestadium lange persistirt.

Dieses, m. H., wäre in Kürze der gegenwärtige Stand unserer Kenntniss der Physiologie des Magenchemismus.

Das Verdienst den ersten Impuls zu einer methodischen Prüfung des Magenchemismus *in pathologischen Fällen* gegeben zu haben, gebührt unbestritten Leube[8]), der bald nach Einführung der Magensonde in die Therapie durch Kussmaul das genannte Instrument zu diagnostischen Zwecken anwandte. Ihm folgte von den Velden, dessen Arbeiten der Ausgangspunct mannigfacher Untersuchungen wurden, und namentlich Riegel, der sowohl selbst, als auch durch seine Schüler das uns beschäftigende Gebiet ganz ausserordentlich gefördert hat; ferner Sticker, Jaworsky und Gluzinsky, Ewald, Boas und manche Andere ***).

Leube[9]) suchte vermittelst der Magenspülung die zeitliche Dauer der Digestion und die Stärke der Saftsecretion festzustellen. Zur Bestimmung des zeitlichen Ablaufes der Verdauung erhielt der Kranke bei nüchternem Magen eine sog. «Probemahlzeit», bestehend aus Suppe, einem grossen Beefsteak und einem Weissbrödchen, worauf in den nächsten 7 Stunden nichts genossen werden durfte. Am Ende der 7. Stunde wurde eine Probeausspülung vorgenommen. Da ein gesunder Magen die Probemahlzeit im Allgemeinen in 7 Stunden vollständig verdaut, so musste das auslaufende Spülwasser im Allgemeinen vollständig klar und durfte höchstens durch einige Schleimflocken getrübt sein. Enthielt es Speisereste u. s. w., so handelte es sich sicher um eine insufficiente Magenthätigkeit und wurde die speciellere chemische und physiologische Untersuchung des Magensaftes angeschlossen. Zu diesem Zwecke hielt Leube es für nöthig, von allen chemischen und mechanischen Beimengungen seitens eingeführter Ingesta freien Magensaft zu verwenden. Er verfuhr deshalb meist in der Weise, dass er bei vollständig leerem, eventuell vorher noch bis zur neutralen Reaction des auslaufenden Wassers gespültem Magen 100 Ccm. Eiswasser einlaufen liess. Durch diesen thermischen Reiz erfolgte nun Absonderung von Magensaft. Nach 10 Minuten wurden 300 Ccm. Wasser nachgegossen, der gesammte Inhalt entleert und das so gewonnene Material auf seine Reaction, seinen Pepsingehalt, seine verdauende Kraft im Brutapparat etc. geprüft.

Die weitere Ausbildung der Methode, namentlich durch Riegel, brachte bald bedeutende Veränderungen derselben zu Wege. Der erste Theil der Prüfung, die Ausspülung des Magens einige Stunden nach der Probemahlzeit wird stets wichtige diagnostische Anhaltspuncte gewähren, dürfte jedoch für die Mehrzahl der Fälle kaum erforderlich sein. Zu berücksichtigen ist, dass nach Riegel 7 Stunden als die äusserste Grenze in Betracht kommen. Wiederholt fand der genannte Autor bei Gesunden, aber auch in pathologischen Fällen den Magen bereits nach 5 Stunden, ja selbst noch früher leer von Speiseresten.

Anders steht es mit dem zweiten Theil der Untersuchung, der Eiswassermethode Leube's: der Reiz der Eiswassergiessung genügt unter Umständen nicht Saftabscheidung zu veranlassen. Hierauf hatte bereits Leube selbst aufmerksam gemacht und wurde dieser Umstand namentlich von Riegel hervorgehoben. Ferner gestattete die Methode, da sie bei vollkommen leerem resp. rein ausgespültem Magen vorgenommen wurde, nicht sich über das Vorhandensein freier organischer Säuren, Gährungsproducten etc. im Magensafte zu orientiren. Endlich führte die starke Verdünnung des Magensaftes zu mannigfachen Unzulänglichkeiten bei der chemischen Prüfung. Riegel benutzte daher anfangs, falls eine Probeausspülung constatirte, dass der Magen zu langsam verdaute, den bei dieser Ausspülung ausgeflossenen Mageninhalt direct zur Untersuchung. Sehr bald jedoch wurde von ihm nur noch *ganz unverdünnter Mageninhalt* verwandt und die Nothwendigkeit dieses Unverdünntseins immer wieder ganz besonders betont.

Unverdünnter Mageninhalt lässt sich bei reichlicher Magenfüllung meist durch blosses Einführen der weichen schlauchartigen Sonde und Senken des Trichters leicht gewinnen; häufig erbrechen die Kranken schon bei der Einführung; kommt spontan kein Magensaft zum Vorschein, so genügt es meist die Kranken etwas pressen zu lassen oder durch leichtes, vorsichtiges Hin- und Herschieben der Sonde Brechbewegungen auszulösen. Bei sehr geringer Menge des Speisebreies kann man sich helfen durch Anfüllung des eingeführten Schlauches und des Trichters mit lauem Wasser und sofortige Wiedersenkung des Trichters. Hierbei lässt man das Wasser zuerst abfliessen und fängt den folgenden Mageninhalt auf. Doch sind das seltene Fälle und würde ein solcher immerhin etwas verdünnter Magensaft sich nicht zu genaueren Aciditätsbestimmungen eignen.

Die Methoden zur Gewinnung des Magensaftes sind übrigens nicht bei allen Klinikern die gleichen. So liessen z. B. Boas und Ewald[10]) bei ihren Untersuchungen die Kranken nach Einführung der Sonde *stets* Pressbewegungen oder Husten ausführen (die von Boas sog.: «Expressionsme-

8) D. Arch. f. klin. Med. XXXIII, 1. 1883.

***) S. d. Literaturverzeichniss am Schluss dieser Arbeit.

9) l. c.

10) l. c. und C. A. Ewald: Berl. klin. Wochenschr. 1886. № 3.

thode»). J a w o r s k y [11]) asspirirt den Mageninhalt mit Hilfe eines eigens construirten Flaschenasspirators, wobei eine Verdünnung des Mageninhaltes durch vorher eingegossenes Wasser stattfindet, weshalb allein schon diese letztgenannte Methode nicht empfehlenswerth erscheint.

Ebenso ist die Art der sog. *«Probemahlzeit»* nicht bei allen Autoren die Gleiche: R i e g e l verabfolgt die L e u b e-sche Probemahlzeit, bestehend in Bouillon, einem Beefsteak und Weissbrod. Bis zur Ausheberung darf der Patient natürlich nichts Weiteres geniessen und muss sich ruhig verhalten. Die Ausheberung wird frühestens nach 3 Stunden, meist noch später, nach 4—5 Stunden vorzunehmen sein und unterliegt dieser Zeitpunct selbstverständlich individuellen Schwankungen. — B o a s und E w a l d verabfolgten ein sog. «Probe*frühstück*», bestehend aus 1—2 Weissbrod (35—70 Grm.) und 200—300 Cctm. Wasser oder Thee, morgens früh nüchtern. Unter normalen Verhältnissen ist die Verdauung dieses Probefrühstücks innerhalb 120—130 Minuten beendet, während bei gestörter Verdauung dieser Zeitpunct wesentlich überschritten werden kann. Die Ausheberung wird nach 1 Stunde vorgenommen und enthält dann der Magensaft nur Salzsäure — das Milchsäurestadium und das sog. Intermediärstadium sind vorüber und persistiren nur in pathologischen Fällen. E w a l d und B o a s halten die R i e g e l'sche Probemahlzeit nicht für vollkommen geeignet, wie mir scheint für die Mehrzahl der Fälle ohne zwingende Gründe. — J a w o r s k y und G l u z i n s k y bedienten sich einer Probemahlzeit aus 1—2 hartgekochten Hühnereiweiss (ohne Dotter). Unter normalen Verhältnissen sei diese Mahlzeit nach spätestens 1¼ Stunden aus dem Magen verschwunden, während unter pathologischen Verhältnissen sich die Zeit bis auf 2 Stunden und länger ausdehnen kann. E w a l d fand jedoch, dass ein normaler Magen die Eiweissmengen keineswegs immer in 1¼ Stunden bewältigt, sondern dass selbst noch nach 2 bis 2½ Stunden mehr oder weniger zahlreiche Reste zu gewinnen sind. Zudem wird zuweilen bei reiner Eiweisskost längere Zeit hindurch freie Salzsäure vermisst in Fällen, wo sie sich bei anderer Probemahlzeit wohl findet. E w a l d und B o a s, sowie auch R i e g e l halten daher das J a w o r s k y'sche Verfahren für unzulänglich.

Spontan erbrochene Massen eignen sich deshalb nicht zur genaueren Untersuchung, weil 1) das Erbrechen meist auf der Höhe der Verdauung erfolgt und weil 2) die reichliche Beimischung von Schleim aus Nase, Larynx und Trachea beim spontanen Brechact Aciditätsveränderungen der aus dem Magen selbst stammenden Massen hervorrufen kann. Aus diesem letzteren Grunde benutze man denn immer auch nur dasjenige, was *aus der Sonde* hervorspritzt, nicht etwa neben der Sonde oder vor ihrer vollständigen Einführung Erbrochenes.

Eine *einmalige* diagnostische Ausheberung ist gewöhnlich nicht genügend, da mancherlei Zufälligkeiten mitspielen können. Sämmtliche Autoren rathen dringend zu mehrmaliger Untersuchung.

Das durch die Ausheberung gewonnene Material wird nun einer systematischen Analyse unterworfen. Dieselbe muss bestimmen: 1) das Aussehen des Entleerten — Farbe, Geruch, Speisereste etc., wodurch mitunter allein schon werthvolle diagnostische Kriterien erhalten werden. Der Mageninhalt wird sodann filtrirt und bestimmt 2) die Reaction; 3) der Grad der Acidität resp. Alkalität; 4) die freien Säuren — ob Salzsäure, ob Milchsäure, ob beide oder nur eine von ihnen vorhanden; 5) An- und Abwesenheit von Albuminaten, Peptonen; 6) die verdauende Kraft (Pepsingehalt); 7) die mikroskopische Untersuchung etwaiger auffälliger Bestandtheile des Filterrückstandes.

Nach dem Verhalten des Mageninhaltes resp. Magensaftes lassen sich die Krankheiten des Magens in 3 grössere Gruppen theilen: 1) in Störungen bei *normaler* chemischer Function, 2) in Störungen bei *ungenügender* oder fehlender Salzsäuresecretion, 3) in Störungen bei *übermässiger* Saftsecretion.

Die *erste Gruppe*, die *Störungen bei normaler Saftsecretion*, bilden solche Fälle, wo lebhafte Digestionsbeschwerden, Verdauungsbelästigungen bestehen und die Saftabscheidung keine Abnormität oder nur ein derartiges Zuviel oder Zuwenig erkennen lässt, wie es noch sehr wohl als physiologisch gedeutet werden kann. Hier wird man ziemlich sicher ernstere Veränderungen des Magens ausschliessen können und den Grund der Störungen in anderen Ursachen suchen. Hier handelt es sich wohl oft genug um eine gewisse gesteigerte Erregbarkeit einzelner Theile des Nervensystems, so dass unter Umständen schon normale physiologische Vorgänge im Stande sind eine pathologisch gesteigerte Reaction hervorzurufen (Dyspepsia nervosa).

Wichtiger und ernster ist die *zweite Gruppe*, die Digestionsstörungen, bei denen man eine *ungenügende oder fehlende Salzsäureabscheidung* constatiren kann.

Dieses Vorkommniss ist nicht so häufig, als man früher annahm, wo fast in jedem Falle von Dyspepsie Salzsäure mit oder ohne Pepsin verordnet wurde. Sieht man vom Fieber ab, wo meist, aber nicht immer die Salzsäureproduction erlischt (R i e g e l, C a h n und M e h r i n g), so kommen hier in Betracht: 1) das Magencarcinom (und wohl auch die seltenen Fälle von Krebs des Duodenum), 2) der chronische Magencatarrh, 3) Atrophie der Magenschleimhaut, 4) hochgradiger allgemeiner Marasmus, 5) die seltenen Fälle von Gallenrückfluss in den Magen.

Bekanntlich wurde von v. d. V e l d e n zuerst die Behauptung aufgestellt, dass bei den durch carcinomatöse Pylorusstenose bedingten Magenerweiterungen die freie Salzsäure durchweg fehle. K r e d e l konnte dieses an 36 auf der R i e g e l-schen Klinik beobachteten Fällen durchaus bestätigen. Weitere Untersuchungen von R i e g e l, B o a s, E w a l d u. A. hatten dasselbe Resultat. Ein *constantes* Fehlen von Salzsäure und der peptischen Kraft spricht mit Entschiedenheit für Carcinom, auch bei Fehlen aller sonstigen Erscheinungen und bei etwaiger Besserung des Magenzustandes durch die Behandlung. Umgekehrt kann man getrost in Fällen, die etwa sonstige Symptome des Carcinoms darbieten (Tumor, Cachexie, Blutbrechen etc.), Carcinom ausschliessen, wenn bei ihnen constant Salzsäure nachweisbar bleibt. In der allerersten Zeit der Erkrankung *kann* auch bei Carcinom Salzsäure in geringer Menge noch vorhanden sein und haben ferner C a h n und M e h r i n g durch umständlichere chemische Proceduren den Nachweis führen zu können geglaubt, dass auch beim ausgebildeten Carcinom Salzsäure vorhanden sei, doch scheinen diese Untersuchungen durchaus nicht einwurfsfrei zu sein. Für die Praxis ist der Satz jedenfalls als feststehend zu betrachten, dass «bei der carcinomatösen Neubildung eine Veränderung der Saftabscheidung in solchem Grade statthat, dass die (wenn überhaupt) secernirte Salzsäure unseren üblichen Reagentien gegenüber latent bleibt» (B o a s).

Die Ursache dieses Salzsäuremangels ist nach R i e g e l ein neutralisirender, die etwa gebildete Salzsäure bindender Einfluss des Krebssaftes, nach E w a l d das Schwinden der Magenenergie, nach B o a s die das Carcinom stets begleitende catarrhalische Structur- und Drüsenveränderung der Schleimhaut, wobei möglicherweise der massenhaft producirte alkalische Schleim eine nicht geringe Rolle spiele. Alle diese Erklärungsversuche sind mehr oder weniger ungenügend. Vor der Hand werden wir uns mit der Thatsache des Salzsäuremangels begnügen müssen. (Schluss folgt.)

Referate.

C e c c h e r e l l i: Tannin gegen tuberculöse Erkrankungen.
Sitzung des Italienischen Chirurgencongresses in Neapel am 26. März 1888. (D. Med. Zeitung. 1888. № 32, pag. 394).

C. vindicirt nach seinen experimentellen und klinischen Erfahrungen dem Tannin «eine mächtige antituberculöse Eigenschaft, indem es der Entwickelung der Tuberculose vorbeugt und die vorhandenen Herde zerstört». Es sei schon von R e g n a u d und A r t h a u d ver-

[11]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXIII, pag. 227.

sucht, aber in seinem Werthe nicht erkannt worden. C.'s Versuche mit Fleischarten und verschiedenen Flüssigkeiten zeigten, dass bei Zusatz von Tannin der Gährungsvorgang aufgehalten wurde und dass während des Lebens tanninisirte Thiere «sehr schwierig und langsam» in Fäulniss übergingen. In einer anderen Reihe von Versuchen injicirte er Tuberkelbacillen enthaltende Flüssigkeiten mit und ohne gleichzeitige Tannininjection. Im ersten Falle seien die Thiere gesund geblieben, ebenso wenn ihnen täglich innerlich Tannin gegeben wurde. Aehnliche Resultate hätten ihm 20 klinische Beobachtungen (Arthrectomien, Resectionen etc.) mit innerlicher und localer Anwendung des Tannin ergeben. Das Tannin sei dem Jodoform vorzuziehen. N.

G. Tamman: Ueber das Vorkommen des Fluors im Organismus. (Zeitschr. für physiolog. Chemie. Band XII. pag. 322).

T. untersuchte das Hühnerei und fand in der Eischale nur sehr geringe Spuren Fluor, im Eiweiss war der Gehalt schon grösser, am fluorreichsten ist jedoch der Dotter. Die Gesammtmenge des im Hühnerei gefundenen Fluors betrug 0,2 Mgr.

Ferner wurden im Kalbshirn und in Kuhmilch und Kuhblut bestimmbare Mengen Fluor gefunden und so die bereits früher von Nicklès Horsford und Wilson gemachten Beobachtungen bestätigt. Pflanzen (Erbsen und Gerstenkeimlinge) gingen in einer 0,008 Grm. Kieselfluorkalium haltenden Nährlösung zu Grunde.

Bemerkenswerth ist, dass Verf. den grössten Fluorgehalt stets in den Organen fand, die gleichzeitig die phosphorreichsten sind, und zieht daraus den Schluss dem Fluor komme eine wichtige physiologische Rolle zu. T—n.

Cantani: Cholerabehandlung. Nach einem auf dem Congress für innere Medicin, April 1888 gehaltenen Vortrage. (Therap. Monatsh. 6).

Nach Cantani hat die Choleratherapie 3 Indicationen:

1) Bekämpfung der Ansiedelung oder Vermehrung der Cholerabacillen im Darm durch Tödtung derselben oder wenigstens Herabsetzung ihrer Lebensthätigkeit;

2) Unschädlichmachung des im Darm gebildeten Choleragiftes oder wenigstens raschere Entfernung des bereits aufgesaugten aus dem Blute.

3) Beseitigung der Bluteindickung durch neue Wasserzufuhr ins Blut.

Den ersten beiden Indicationen entspricht die Anwendung der Gerbsäure, der 3. die Injection von Salzwasser unter die Haut, und resumirt Verf. seine physiologischen und klinischen Erfahrungen in folgenden Sätzen:

Im ersten Stadium nützt vor Allem die *heisse gerbsaure Enteroklyse* (2 Liter 38—40° C. warmen Wassers mit 5,10—20 Gramm Gerbsäure mit oder ohne etwa 50,0 Gummi arabicum und 30 Tropfen Tct. Opii crocata). Die Gerbsäure tödtet oder lähmt nicht allein die Bacillen, sondern vernichtet auch die von diesen gebildeten Ptomaïne. Im *algiden* und im *Reactionsstadium* ist *die heisse Salzwasserhypodermoklyse* (sterilisirtes 38°, 39°, 40° C. heisses Wasser mit darin gelöstem 3°/₀₀ Natrium carbonicum und 4°/₀₀ Natrium chloratum angezeigt.

Für die beiden vorgeschlagenen Methoden führt C. statistische Angaben an, welche für ihre Brauchbarkeit äusserst günstig lauten. Hz.

John V. Shoemaker (Philadelphia): Ueber Alimentation und Medication per Rectum bei Hautkrankheiten. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. VI. № 24).

Im Hinblick darauf, dass bei verschiedenen inneren Krankheiten, als Gastritis, Ulcus ventriculi, Carcinomen des Digestionstractus etc. die Alimentation und Medication per Rectum sich mit Vortheil bewährt hat, benutzt Verf. diese Methode auch auf dem Gebiete der Dermatologie. Die Erfahrung, dass manche Erkrankungen der Haut, Eczeme, hartnäckige Pemphigus- und Impetigoformen etc. durch eine mangelhafte Assimilation der Speisen durch den Magen hervorgerufen oder unterhalten werden, hat ihn bei diesen Krankheiten jene Methode mit Erfolg anwenden lassen. Die Hauptindication bietet die Unfähigkeit des Magens die nöthigen Medicamente aufzunehmen oder zu behalten; individualisirt ist sie somit bei den allerverschiedensten Erkrankungen anzuwenden. Die beste Form ist die der Suppositorien; obgleich sie langsamer resorbirt werden, so wirken sie sicher, sind leicht zu appliciren und reinlich; bewähren sich namentlich bei kleinen Kindern, die Medicamente nicht gerne aufnehmen oder dieselben erbrechen. Auch bei Syphilis hat Verf. durch Calomel und andere Quecksilbersuppositorien gute Erfolge gesehen.

Klystire kommen namentlich bei der Alimentation in Betracht in Form von Milch, Bouillon, aber auch als Medicamente z. B. Leberthran, bei bestehendem Widerwillen gegen denselben u. s. f. Verf. hat diese Methode bei Erythema, Intertrigo ani, Pruritus ani et vulvae, Erythema multiforme und nodosum von Malaria abhängig, Urticaria, Psoriasis, als Nachcur, falls Arsen und Antimon vom Magen nicht mehr vertragen werden, bei verschiedenen Eczemen, (wo Jodkali z. B. der unangenehmen Erscheinungen wegen nicht vertragen wurde, gab er es mit gutem Erfolge per Rectum in kleinen Dosen) Ichthyosis angewandt und sich von der Brauchbarkeit derselben überzeugt. Die Erfolge muntern jedenfalls zu weiteren Versuchen auf. E. K. (Qu).

Henry J. Reinolds: Eine neue Methode zur Behandlung der Pilzkrankheiten der Haut. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. VI. № 21. 1887).

Verf. will seine Methode namentlich auf die schwerer zu beseitigenden Pilzkrankheiten angewandt wissen, bei denen die tieferen Theile der Haut, namentlich die Haarfollikel ergriffen sind, zu denen die gewöhnlichen Mittel nicht gut und in genügender Weise hindurch dringen können. Von dem Gesetze ausgehend, dass Flüssigkeiten vom positiven Pol durch den galvanischen Strom zum negativen Pol hinbewegt werden und dass medicinische Stoffe durch Anwendung dieses Princips besser zur Resorption gebracht werden, schlägt Verf. vor die medicamentöse antiparasitäre Behandlung mit der galvanoelectrischen zu combiniren. Verf. wurde durch die Beobachtung, dass die Anästhesirung mit Cocain mittelst dieser Methode eine bedeutend vollständigere werde, darauf hingeleitet auch bei den 3 Krankheiten: Favus, Herpes tonsurans und der parasitären Bartflechte, die Methode in Anwendung zu bringen. Trotzdem Verf. bis dato nur über ein Material von 3 Fällen (1 Favus und 2 Herp. tonsur.) verfügte, waren die Resultate vorzügliche; während die 3 Pat. sich vordem jahrelang vergeblich von den verschiedensten Aerzten hatten behandeln lassen, erreichte Verfasser in kurzer Zeit — 1—3 Wochen — vollständige Heilung. Die Resultate sind jedenfalls derartige, dass sie entschieden zu weiteren Versuchen auffordern. Verf. benutzte die Mc. Jntosh-Batterie. E. K. (Qu.)

Sarda: Ueber Antipyrin und Acetanilid als Nervina. Vergleich mit Solanin. (Bullet. de thérap. № 20. 1888).

Verf. hat mit den oben genannten Mitteln in den Kliniken der Proff. Combal und Grasset zu Montpellier an mehr als 130 Kranken Versuche angestellt und kommt, auf seine Erfahrungen gestützt, zu folgenden Schlüssen:

Antipyrin, Acetanilid und Solanin sind vorzügliche Nervina.

Das Antipyrin ist entschieden wirksamer, als die beiden andern Mittel bei primärem und secundärem acutem Gelenkrheumatismus, bei Migräne, frischen Neuralgien, paroxysmalen Schmerzen.

Antipyrin und Acetanilid wirken fast in gleicher Weise gegen chronischen Rheumatismus und lancinirende Schmerzen.

Das Acetanilid ist dem Antipyrin bei veralteten Neuralgien und erhöhter Motilität vorzuziehen. Beide Mittel haben selten unangenehme Nebenwirkungen.

Das Solanin steht in seiner Wirkung den beiden anderen beim acuten Gelenkrheumatismus nach, wirkt aber besser bei veralteten Neuralgien, namentlich bei gleichzeitig bestehender Neuritis, es lindert auch die gastrischen Krisen und die schiessenden Schmerzen der Tabiker und macht ausserdem das Zittern bei der multiplen Sclerose, sowie die gesteigerten Sehnenreflexe und den Fussclonus rasch schwinden. Es scheint am sichersten bei den, auf einer anatomischen Läsion basirenden motorischen oder sensiblen Störungen zu wirken.

Die angeführten Schlussfolgerungen sind durch Krankengeschichten und graphische Darstellungen illustrirt. Das Solanin wurde zu 0,25 pro die gereicht. Hz.

Prof. M. Josse und Paul Hilbert: Ueber Acetanilid (Antifebrin) und Acettoluid und ihr Verhalten im thierischen Stoffwechsel. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XII. pag. 295).

Ueber die Umwandlungen des Acetanilids (Antifebrin) im Thierkörper hat Werdriner Versuche angestellt und eine Vermehrung der Phenolausscheidung bei 3 Phthisikern constatirt, welche ca. 1 Grm. Antifebrin erhalten hatten. Josse und Hilbert konnten diese Angabe nicht bestätigen. Ebenso fanden sie, entgegen den Angaben Cohn's und Hepp's, dass sich das Antifebrin nur ausnahmsweise unverändert im Harn wiederfindet. Verfasser fanden eine Vermehrung der Aetherschwefelsäuren im Harn nach Einnahme von Acetanilid, gleichzeitig bei steigender Antifebrindose aber die Bildung noch eines Körpers, denn der Urin zeigte eine zunehmende Linksdrehung. Die nähere Untersuchung ergab einen schon von Grönvik gefundenen und O-Oxycarbonil genannten Körper, mit Glycoronsäure gepaart.

Das O-Oxycarbonil ist im heissen Wasser leicht, im kalten sehr schwer löslich, leicht löslich in kaltem Alcohol, Aether und Alcalien. Aus letzterer Lösung wird es durch Säuren wieder abgeschieden. Mit Millon's Reagens giebt es eine schwache Rothfärbung. Es schmilzt bei 138—139° C. und sublimirt bei vorsichtigem Erhitzen ohne Zersetzung. Um das O-Oxycarbonil aus dem Harn abzuscheiden, wird derselbe abgedampft, mit Alcohol extrahirt, der Alcoholextract abgedampft, der Rückstand mit Wasser und concentr. Salzsäure übergossen und zur Lösung einige Stunden gekocht. Nach dem Abkühlen wird die saure Lösung drei Mal mit Aether extrahirt und die Hauptmasse des Aethers abdestillirt, während man den Rest im Becherglase bei Zimmertemperatur verdunsten lässt. Der Verdunstungsrückstand erstarrt auf Zusatz von Wasser zu einem Krystallbrei. Löst man ihn in heissem Wasser, filtrirt zur Entfärbung durch Thierkohle und lässt die Lösung auskrystallisiren, so erhält man das O-Oxycarbonil, wenn diese Operationen einige Male wiederholt, in zolllangen, dünnen Prismen und Nadeln, die an der Luft zerfallen und daher im Exsiccator getrocknet werden müssen.

Neben dem O-Oxycarbonil fanden Verfasser noch einen anderen Körper als Spaltungsproduct des Antifebrins, nämlich das Paraamidophenol. Um diesen Körper im Urin zu finden, muss jene vorhin ge-

nannte Salzsäurelösung, nachdem sie mit Aether extrahirt worden ist, alcalisch gemacht und nochmals mit Aether extrahirt werden. Man erhält nach dem Verdunsten des Aethers Krystalle, die in Salzsäure und Wasser gelöst mit Eisenchlorid eine hochviolette, mit Chlorkalk eine violette in roth übergehende Färbung geben; mit Kalium dichromat. ist die Lösung erst braun, dann braunviolett und giebt dann einen braunen Niederschlag. Mit einigen Tropfen Salzsäure, Carbolsäure und Chlorkalk versetzt, giebt die Lösung eine rothe Färbung, die auf Zusatz von Ammonium tief blau wird (Indophenolreaction).

Verf. hatten ihre Versuche an Hunden und Kaninchen gemacht und nur im Hundeharn beide Körper, sowohl das O-Oxycarbonil als auch das Paraamidophenol gefunden, beide an Glycoronsäure resp. Schwefelsäure gebunden. Im Kaninchenharn konnte jedoch nur das Paraamidophenol gefunden werden.

Verf. fanden bei ihrer Untersuchung über die Acettoluide, dass von den 3 ersteren Modificationen nur eine das Metaacettoluid die Temperatur des Körpers herabsetze, von den beiden anderen ist das Orthoacettoluid giftig und erzeugt Nephritis acuta desquamativa. Das Para- und Metaacettoluid gehen im Organismus in die entsprechenden Acetylamidobenzoesäuren über, während das Orthoacettoluid Methyloxycarbonil giebt. T—n.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Grundriss der praktischen Arzneimittellehre von Prof. Hugo Schulz. — Stuttgart 1888. Verlag v. F. Enke.

— Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen von Dr. Ernest Finger. — Leipzig und Wien 1888. Fr. Deuticke.

— Указатель русской литературы по математикѣ и естественнымъ наукамъ за 1886 г. Составленъ В. К. Совинскимъ, подъ редакціею Проф. Н. А. Бунге. Годъ 15. — Кіевъ 1888. Цѣна 2 р.

— Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker unter Special-Red. v. Prof. E. Gurlt. Herausgegeben von Prof. Aug. Hirsch. — Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg. Erscheint in Bänden von je 45—50 Druckbogen. Preis pro Heft 1 Mk. 50 Pf.

— Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg. 2. Auflage. — Wien und Leipzig 1888. Urban & Schwarzenberg. Pr. pro Heft 1 Mk. 50 Pf. Pr. pro Band (10 H.) 15 Mk. Es erscheint in Bänden von je 45—50 Druckbogen.

— Перевязка бедренной и подколѣнной артеріи на одной и той-же конечности. Д-ра И. А. Праксина. (Отдѣльные оттиски изъ «Еженед. клин. Газеты»). — С.-Петербургъ 1888.

— Архивъ психіатріи, нейрологіи и суд. психопатологіи. Томъ XII. — Харьковъ 1888.

— Болѣзни носовой полости. В. И. Никитина. — С.-Петербургъ 1888.

— Bewährung und Unschädlichkeit der Chromwasser-Behandlung der Syphilis von Dr. J. E. Güntz in Dresden. (Sep.-Abdr. aus Betz «Memorabilien» 1887. 8. Heft).

— Clinical notes on pruritus by Duncan Bulkley. A. M. M. D. (Repr. from Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Deseases. Vol. V. December 1887. New-York).

— Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio v. Dr. Karl Abel.

— Quand et comment doit-on prescrire la Digitale par Henry Huchard. — Paris 1888.

— Внѣматочная беременность въ судебн. мед. отношеніи. Д-ра Змигродскаго.

— Zimmergymnastik von Dr. B. Fromm. 2. Auflage. — Berlin 1888. Aug. Hirschwald.

— Die pneumatischen Kammern und die Indicationen für den Gebrauch des erhöhten Luftdrucks von Dr. G. v. Liebig. (Sep.-Abdr. d. «Münch. med. Wochenschr.» № 17 und 18).

— Beiträge zur mechanischen Behandlung. Mit bes. Berücksichtigung der schwedischen Heilgymnastik speciell der mech. Gymnastik des Dr. Gust. Zander von Dr. Hermann Nebel (Hamburg). — Wiesbaden 1888. J. F. Bergmann. Pr. 2 Mk.

— Wiesbaden als Curort von Dr. Emil Pfeiffer. — Wiesbaden 1888. J. F. Bergmann. Pr. 1 Mk.

— Grundriss d. Augenheilkunde v. Dr. Max Kniess. — Wiesbaden 1888. J. F. Bergmann. Pr. 6 Mk.

— Zuckerharnruhr, Korpulenz, Gicht und chron. Nierenleiden, mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden und diätetischen Behandlung von Dr. W. Camerer. — Tübingen 1888. H. Laupp. Pr. 2 Mark.

— Медицинскій сборникъ Варшавскаго Уяздовскаго военнаго госпиталя. Годъ I, вып. 1. — 1888.

— Water, its impurities, gathered from the air and earth by C. W. Moore M. D. (Repr. f. the «Pacific. Rec. of Med. and Surg.» 1888).

— Dr. Heinrich Obersteiner, Проф. Вѣнскаго университета. Руководство къ изученію строенія центральной нервной системы въ нормальномъ и патологическомъ состояніи. Съ 178 рис. Переводъ К. А. Адельгейма, подъ ред. Проф. А. Я. Кожевникова. — Москва 1888. Александръ Лангъ. Ц. 3 руб. 65 к.

— Bad Krankenheil-Tölz. Mittheilungen für Aerzte von Dr. Georg Letzel. — Tölz 1888. E. Stahl's Buchhandlung (J. Dewitz).

— Ueber Enterostomie und Laparotomie bei acuter innerer Darmocclusion bedingt durch Volvulus, Strangulation und Inflexion von Rudolf v. Oettingen. Dissert. — Dorpat 1888.

— Ueber Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten v. Dr. E. Lier. — Hamburg und Leipzig 1888. Leopold Voss.

— Om hypnotismens användande i den praktiska medicinen of Otto G. Wetterstrand, M. Dr. — Stockholm 1888. Jos. Seligmann's Förlag.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung den 18. Mai.

1. Dr. Schmidt: Commissionsbericht betreffend die Errichtung einer Heilanstalt für Lungenkranke. Nach längerer Debatte beschlossen: Unter Mittheilung der Gesichtspuncte H. Secret. v. Carlberg die Orte: Oger, Baldohn und Treyden zu nennen, mit dem Vorbehalt, dass sich auch andere geeignete Puncte finden dürften.

2. Dr. Hampeln: «Ueber intermittirendes Fieber im Verlaufe des Magencarcinoms». (Abgedr. in der Zeitschr. für klin. Medicin).

Auf Dr. Hehn's bez. Frage referirt Vortr., dass die Milz in letztbeobachteten Falle durchaus normal gewesen; in einem der früheren sei intra vitam eine vergrösserte Dämpfung zu constatiren gewesen, ohne dass die Section einen positiven Befund ergeben hätte.

Weiter wünscht Dr. Hehn zu erfahren, ob auch bei Carcinom anderer Organe intermittirendes Fieber beobachtet worden.

Dr. Hampeln erinnert sich eines Referates Dr. Worms' über Fieber bei Darmcarcinom, weiss aber nicht, ob sich nicht post mortem Lebermetastasen gefunden.

3. Dr. Bernsdorff: Unter 20 in den letzten 2 Wochen mit hiesiger Lymphe ausgeführten Vaccinationen habe er nur 2 Mal Erfolg gesehen, während die Dresdener Lymphe ihn niemals im Stiche gelassen.

Mehrere Collegen haben gleichfalls in letzter Zeit Misserfolge zu verzeichnen.

Dr. Hampeln hat von Dr. Heerwagen erfahren, dass aus unbekannter Ursache die von einem Kalbe stammende Lymphe einmal unwirksam sein könne. Vor Ablass der Lymphe werde hier nur das Kalb auf seine Gesundheit, nicht aber die Lymphe auf ihre Wirksamkeit untersucht.

4. Dr. Hach: «Ovarialtumor». Pat. hat die Geschwulst erst vor $1\frac{1}{2}$ Jahren bemerkt; einmal punctirt, ist sie schnell wieder angewachsen. Cyste von der Grösse eines Ut. gravid. X. mens. Hohes Fieber, Nachtschweisse. Operat.: 20. December 1887. Breite Verwachsung mit dem Beckenbindegewebe, Gummiligatur. Stiel in die Bauchdecken vernäht. Nach 5 Wochen entleert sich Urin neben dem Stiel, was Vortr. auf durch Zerrung bedingte Usur des Ureters bezieht. Nierenexstirpation von Dr. A. Bergmann ausgeführt. Entlassung 14 Tage danach.

Dr. Bergmann: Nach der Ovariotomie habe Pat. einige Tage über heftige Schmerzen geklagt; es könnte die Ureterverletzung durch Druck der Ligatur bedingt gewesen sein. Am ersten Tage nach der Exstirpation habe der Urin Eiweiss geführt, die Quantität desselben sei stetig gestiegen. Dr. v. Stryk, z. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Bei der am 22. August *an der Dorpater Universität stattgehabten Immatriculation der in die Zahl der Studirenden Neuaufgenommenen* wurden, wie die «N. D. Ztg.» berichtet, *162 inscribirt*, und zwar für das Studium der Theologie 24, der Jurisprudenz 23, der Diplomatie 1, der Philosophie 1, der altklassischen Philologie 4, der vergleichenden Sprachkunde 3, der slavischen Philologie und Sprachwissenschaft 2, der politischen Oeconomie und Statistik 8, der Geschichte 4, der Mathematik 1, der Chemie 6, der Zoologie 5, der Oeconomie 2, der Technologie 1, der *Medicin* 52 und der *Pharmacie* 25. Somit hat wiederum die medicinische Facultät den grössten Zuwachs erhalten. — Die *Gesammtzahl der Studirenden* betrug an diesem Tage 1695 (gegen 1658 im vorigen Jahre) und zwar vertheilt sich diese Zahl auf die einzelnen Facultäten wie folgt: Zur *medicinischen Facultät* zählen 841 (nämlich 743 Mediciner und 98 Pharmaceuten), zur juristischen Facultät 250, zur theologischen Facultät 233, zur historisch-philologischen Facultät 224 und zur physiko-mathematischen Facultät 147 Studirende.

— Dr. E. Dreypölcher hat beim dirigirenden Senat ein Gesuch um Cassation des vom hiesigen Bezirksgericht über ihn verhängten zweiten Urtheils eingereicht.



— Die *Gesellschaft der Aerzte von Ostsibirien*, welche in *Irkutsk* ihren Sitz hat, begeht am 2. September d. J. das *Fest ihres 25jährigen Bestehens*. Sie hat beschlossen, an diesem Tage eine feierliche Sitzung abzuhalten. (Russ. Med.)

— Der *Moskauer Universität* sind in den letzten Jahren erfreulicher Weise recht ansehnliche Spenden zugewandt worden. Neuerdings hat derselben wiederum die Ehrenbürgerin F. Uschakowa ein bedeutendes Kapital von 340,000 Rbl. vermacht, dessen Zinsen zu Stipendien verwandt werden sollen.

— Nach den Erhebungen des Medicinaldepartements des Ministeriums des Innern betrug im Jahre 1887 die *Zahl der Irrenanstalten und Abtheilungen für Geisteskranke bei den Hospitälern im russischen Reiche* 82 mit 8915 Betten. Acht dieser Anstalten mit 1346 Betten befinden sich in St. Petersburg. Im verflossenen Jahre wurden in diesen Anstalten und Abtheilungen 16,935 Personen behandelt, davon in St. Petersburg allein 2299 Personen, also fast der siebente Theil aller Geisteskranken in Russland. (R. Med.)

— *Ernannt*: Der Wierländische Kreisarzt, Collegienrath Voss — zum älteren estländischen Kreisarzt.

— *Verstorben*: 1) Am 19. August auf dem Gute Neu-Kusthof bei Dorpat der wirkliche Staatsrath Dr. Rudolf Schmidt nach langem Krankenlager an Morbus Brightii. Der Hingeschiedene war in der Umgegend von Dorpat geboren, besuchte das dortige Gymnasium und bezog 1849 die Universität Dorpat, wo er bis zum Jahre 1854 Medicin studirte. Im Jahre 1854 erhielt er für die Bearbeitung einer von der med. Facultät gestellten Preisfrage die silberne Medaille. Nach Erlangung der Doctorwürde (1856) liess Sch. sich in St. Petersburg als Arzt nieder und war hier successiver Ordinator am Marienhospital, Medicinalbeamter bei dem damaligen Generalgouverneur von St. Petersburg und zuletzt Oberarzt des ausserstädtischen Hospitals (bei der Station Udelnaja an der finnländischen Eisenbahn). Als letzteres Hospital vor einigen Jahren, in die Verwaltung der Stadt überging und in eine Irrenanstalt umgewandelt wurde, zog Sch. sich in's Privatleben zurück und lebte abwechselnd im Petersburger Gouvernement, Reval und Dorpat. Wegen seines liebenswürdigen und offenen Wesens erfreute er sich grosser Beliebtheit bei seinen Freunden, wie bei seinen Untergebenen. 2) Am 8. August in Mohilew der Divisionsarzt der 41. Inf.-Divis., wirkl. Staatsrath A. Marzinowski an Leberkrebs. 3) Der Ordinator am Moskauer Arbeiterhospital Wassili Glagolew, welcher beim Uebersetzen über den Don ertrank. 4) In Kronstadt der dortige Arzt Andrejew, welcher vor einigen Monaten seine Doctordissertation vertheidigte, am Schlage. 5) In Moskau der Arzt an der dortigen Entbindungsanstalt A. Mordwinow. 6) Im Badeorte Elster der Senior der dortigen Badeärzte, Hofrath Dr. Herm. Cramer.

— Der bekannte Neurolog, Prof. Dr. M. Benedikt in Wien, ist von der Universität Glasgow zum *Ehrendoctor der Rechte ernannt* worden.

— Der bekannte französische Arzt, Prof. Dujardin-Beaumetz, trifft in nächster Zeit hier ein, um im Auftrage der französischen Regierung die Hospitäler und Sanitätseinrichtungen in Russland zu studiren. Ausser Petersburg soll er noch Warschau, Moskau und Nishni-Nowgorod besuchen.

— Die schon lange angekündigte *Erwiderungsschrift* Mackenzie's, welche in englischer Sprache abgefasst ist und den Titel trägt: «*Mackenzie, the late German Emperor Frederick and the German Physicians*», soll demnächst erscheinen. Gleichzeitig mit der englischen Ausgabe wird im Verlage von *Ad. Spaarmann* in Oberhausen (Rheinland) eine autorisirte deutsche Ausgabe dieser Schrift unter dem Titel: «*Friedrich der Edle und seine Aerzte*» zum Verkauf gelangen. Der I. Theil der Brochüre enthält, nach der «Frkfrt. Ztg.», Mackenzie's Darlegung und Rechtfertigung seines Verhaltens, giebt einen geschichtlichen Bericht über seinen täglichen Verkehr mit dem Kaiser und bietet eine Skizze des Charakters Kaiser *Friedrich III.* Ausserdem soll dieser Theil der Schrift getreu handschriftlich nachgebildete Mittheilungen der Aufzeichnungen des Kaisers von sensationeller Art erhalten. Der II. Theil ist der Polemik gewidmet; er richtet sich gegen die persönlichen Angriffe und erörtert bis in's Einzelne die Behauptungen der deutschen Aerzte. Der III. Theil weist statistisch die äusserst ungünstigen Resultate von Kehlkopf-Operationen und die damit verbundenen Gefahren nach. (A. m. C.-Ztg.)

— In Helsingfors ist Dr. Sievers zum Docenten für innere Medicin, Dr. Wahlfors zum ausserordentlichen Professor für Ophthalmologie ernannt worden.

— Laut einer Nachricht der Nowoje Wremja № 4356 hat der St. Petersburger Magistrat der russischen, chirurgischen, Pirogowschen Gesellschaft einen Landantheil auf dem Preobrashenskischen Platze gratis abgetreten. Die Gesellschaft will hier ein Gebäude aufführen, das einen Saal für die Sitzungen aller medicinischen Gesellschaften der Residenz und Räumlichkeiten für die vereinigten Bibliotheken der Vereine enthalten soll; ausserdem werden einige Betten für chirurgische Kranke dort eingerichtet werden. Der Bau soll in 3 Jahren vom Tage der Uebergabe des Grundstückes, beendet sein, letzteres bleibt so lange Eigenthum der Gesellschaft, als die Institution, für welche es abgetreten ist, besteht. (Wir zweifeln doch etwas an der Ausführbarkeit dieser sonst hübschen Idee, erstens weil die Lage des projectirten Gebäudes eine zu excentrische und eine Vereinigung sämmtlicher Bibliotheken praktisch unausführbar ist. Red.)

— Am 2. Juni hat die feierliche Grundsteinlegung des neuen Blindeninstituts auf der Apothekerinsel stattgefunden; erbaut wird es auf Kosten des Mariencuratoriums.

— Die *Pockenepidemie in Reval* ist zwar in Abnahme begriffen, doch wurden noch in der vorigen Woche täglich mehrere Neuerkrankungen gemeldet. Im Ganzen sind dort bisher 1086 Pockenkranke, von denen 284 gestorben, in ärztlicher Behandlung gewesen.

In *Fellin* (Livland) ist dagegen die *Pockenepidemie* als erloschen anzusehen. Vom 19. April bis zum 22. Juli standen dort 73 Pockenkranke in ärztlicher Behandlung, von denen 12 (3 Erwachsene und 9 Kinder) gestorben sind.

— In *St. Maurice* (schweizer Canton *Wallis*) ist eine Person, welche vor einem Monat von einem tollen Hunde gebissen worden, an der *Tollwuth gestorben*, obschon sie sofort in das Pasteur'sche Institut nach Paris geschafft und dort geimpft worden war. (A. med. C.-Ztg.).

— Der Gesundheitsrath des Seinedepartements hat auf Grund des von Olivier erstatteten Berichts die Schulärzte auf die *mögliche Ansteckungsfähigkeit der Impetigo und des Ekthyma* bei den die Volksschulen besuchenden Kindern aufmerksam gemacht. In Folge dessen finden Berathungen darüber statt, ob es nicht angezeigt wäre, die mit diesen Affectionen behafteten Schüler vom Schulbesuche auszuschliessen.

— Wie wir vor einiger Zeit bereits mitgetheilt haben, hatte sich der französische Ackerbauminister an den Gesundheitsrath des Seinedepartements mit der Anfrage gewandt, ob das *Saccharin*, welches wegen seiner stark süssenden Eigenschaft bereits bei der Fabrication von Syrup, Confituren etc. Verwendung findet, wirklich ein völlig unschädlicher Körper sei und dessen Verwendung zu obengenannten Zwecken gestattet werden könne. Der genannte Gesundheitsrath hat sich nun neuerdings auf Grund des Gutachtens einer Commission, welcher Prof. Dujardin-Beaumetz präsidirte, *gegen die Verwendung des Saccharins in Lebens- und Genussmitteln ausgesprochen*, da dasselbe nicht als unschädlich angesehen werden könne. Gegen die Anwendung des S. als Arzneimittel sei jedoch nichts einzuwenden.

— Mit Hinweis auf die wichtigen Ziele, die der «*Internationale Verein gegen Verunreinigung der Flüsse, des Bodens und der Luft*» verfolgt, werden wir gebeten mitzutheilen, dass die diesjährige Hauptversammlung desselben am *17. September*, also Tags vor Beginn der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, in Cöln stattfinden wird, wozu jeder sich für die Sache des Vereins Interessirende Zutritt hat. Näheres bringt die besondere Einladung, welche vom Vorsitzenden des Vereins, Herrn Hofrath Dr. Ewich in Cöln a. Rh. gratis zu beziehen ist.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 7. bis 13. August 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
274	234	508	130	46	96	8	8	13	44	32	34	36	31	20	5	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 9, Scharlach 7, Diphtherie 6, Croup 3, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 140, Todtgeborene 33.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	5.—11. August	2228	27,0	—	1476	18,0
Paris . . .	2 260 945	5.—11. August	1180	27,1	93	869	20,0
Brüssel . .	181 270	29. Juli - 4. Aug.	94	27,0	2	73	20,9
Stockholm .	221 549	29. Juli - 4. Aug.	131	30,7	4	69	16,3
Kopenhagen	300 000	8. — 14. August	190	32,9	4	108	18,7
Berlin . . .	1 414 980	5. — 11. August	867	31,8	33	615	22,6
Wien . . .	800 889	5. — 11. August	545	35,3	29	338	22,0
Pest . . .	442 787	29. Juli - 4. Aug.	322	37,8	13	327	38,4
Warschau .	444 814	5. — 11. August	352	41,1	25	220	25,7
Odessa . . .	268 000	5. — 11. August	—	—	9	174	33,6
St. Petersburg	732 881	12. — 18. Aug.	545	38,6	14	438	31,0

Annahme von Inseraten ausschliesslich im Central-Annoncen-Comptoir von Friedrich Petrick
St. Petersburg, Newsky-Prospect 8.

DAS CENTRAL-ANNONCEN-COMPTOIR
von
FRIEDRICH PETRICK,
St. Petersburg,
Newsky-Prospect № 8,
empfiehlt sich zur Besorgung von
Abonnements
für sämmtliche Zeitungen der Welt,
ebenso
Insertionen.
Alleinige Annoncen-Regie
der
„St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift“.

Annoncen- und Abonnements-Recht für «Родина» (illustr.), «Нива» (illustr.), **«Всемірная Иллюстрація», «Новый Русскій Базаръ», «Модный Свѣтъ», «St. Petersburger Herold»** etc. etc.

Correcte Uebersetzungen
für die Zeitungen werden kostenfrei besorgt.
Den Inserenten werden die günstigsten Conditionen gewährt.

Heilanstalt für
Nervenkranke
zu Bendorf am Rhein.
Das ganze Jahr geöffnet.
Prospecte. 21 (5)
Dr. Erlenmeyer.

Dr. Römpler's Heilanstalt
für Lungenkranke
zu Görbersdorf in Schlesien.
Hervorragend günstige Erfolge der
107 **Wintercur.** (6)
Grosser neu erbauter Wintergarten.
Specialbehandlung für Kehlkopfleiden.



Zu haben in allen Droguen-, Wein- und Frucht-Handlungen, Hotels und Restaurants. 8 (1)

MATICO-CAPSELN
von Grimault & Co.
(In Russland erlaubt.)

Diese Capseln enthalten in einer Umhüllung von Pflanzenleim die Essenz des Matico-Oels, mit Copahubalsam verbunden; sie sind folglich geruch- und geschmacklos. Sie werden bei Gonorrhöe und Darmcatarrh gebraucht. — **Dosis**: 8—10 Capseln täglich, die eine Hälfte vor, die andere nach der Mahlzeit einzunehmen. 15 (8)
Dépôt: Paris 8 rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

Phosphorsaures Eisen
des Dr. Leras.
(In Russland erlaubt.)

Diese farblose Lösung enthält Eisen und Phosphorsäure und wird bei allen Krankheiten gebraucht, wo Eisenpräparate angezeigt sind. — Jeder Esslöffel derselben enthält 20 Centigr. pyrophosphorsaures Eisen und Soda. — **Anämie.** — **Chlorose.** 14 (8)
Dépôt: Paris 8 rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

ALEXANDER WENZEL.
St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.
Central-Dépot von Verband-Waaren.
Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.
Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.
Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.
Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore,
Wachstuch etc. 6 (19)

SAXLEHNER'S BITTERWASSER
«Hunyadi János-Quelle»

Eigenthümer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgatif durch folgende Vorzüge aus:

Prompte, sichere Wirkung.
Milder Geschmack. — Geringe Dosis.
Zu haben bei den Droguisten & Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen 32 (2)
«Saxlehner's Bitterwasser».



Curort **SALZBRUNN**, Schlesien.
Cursaison vom 1. Mai bis Ende September.
OBERBRUNNEN
(seit **1601** medicinisch bekannte alkalische Quelle **ersten Ranges.**)
Ausgezeichnet durch **Wohlgeschmack** und **Haltbarkeit.** Gegen **Erkrankungen der Lungen, des Halses, der Harnorgane, Gicht etc.** —
Versand zu jeder Jahreszeit durch 10 (9)
Salzbrunn i. Schl. **Furbach & Strieboll.**

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

№ 36. St. Petersburg, 3. (15.) September **1888.**

Zur Diagnostik der Magenkrankheiten.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 2. März 1888).

Von

Dr. H. Krannhals.

(Schluss).

Beim einfachen chronischen Catarrh *ohne* Carcinom ist ebenfalls in späteren Stadien des Leidens die Salzsäure nicht nachweisbar. In früheren Stadien trifft man noch Salzsäure an und scheint erst mit Zunahme der Texturveränderungen die Saftproduction allmälig bis zur Entziehung des Nachweises zu versiegen. Doch fehlt bei chronischem Catarrh nach Riegel die Salzsäure *nie dauernd* und *nie* ist die peptische Kraft vollkommen aufgehoben. Zudem nimmt bei chronischem Catarrh, wie u. a. die Beobachtungen von v. Sohlern[12]) lehren, der Gehalt an freier Salzsäure in dem Maasse zu, als durch entsprechende Therapie der Catarrh sich bessert, und dürfte sich bei günstigem Verlauf alter Catarrhe mit anfangs gänzlich fehlender Salzsäure diese später wieder einstellen. Stellt sie sich trotz Besserung nicht ein, so dürfte an der Diagnose «Carcinom» kaum zu zweifeln sein. Eine *einmalige* Untersuchung des Magensaftes kann uns bei Salzsäuremangel also nicht über die Differenzialdiagnose «Carcinom oder hochgradiger chronischer Catarrh» hinweghelfen, wohl aber eine fortgesetzte Beobachtung mit mehrfachen Untersuchungen.

Bereits oben wurde erwähnt, dass auch Duodenalcarcinom im Stande ist Salzsäuremangel des Magensaftes zu veranlassen. Der interessante Fall wurde von Riegel mitgetheilt. Ferner geschah Erwähnung der «Atrophie der Magenschleimhaut». Diese Affection ist zuerst von Feenwick beschrieben worden und wurde sodann auch in Deutschland von Ewald, Lewy und Boas beobachtet. Sie beansprucht ebenso wie der Salzsäuremangel bei Zuständen hochgradigen Marasmus' nach erschöpfenden Krankheiten, bei amyloider Degeneration der Magenschleimhaut und bei Gallenrückfluss in den Magen (Fälle von Riegel) nur eine untergeordnete Bedeutung gegenüber dem Carcinom und dem chronischen Catarrh.

Die *dritte Gruppe* bilden Störungen, die mit einer *übermässigen Salzsäureabsonderung* einhergehen. Diese sind offenbar viel häufiger als man bisher annahm. So constatirte sie z. B. Boas unter mehr als 200 Einzelfällen von Magenaffectionen in 60 pro Cent. Es scheint, dass sich das Interesse der Kliniker dieser Form von Störung des Magenchemismus ganz besonders zugewandt hat.

Bei dem in Rede stehenden Zustande findet man die allergrössten Abstufungen von einer kaum merklichen Steigerung der chemischen Magenfunction während der Verdauung, einhergehend mit den Erscheinungen einer gewöhnlichen Dyspepsie, bis zu dem als Dyspepsia acida bezeichneten Symptomencomplex — stark saures Aufstossen, Regurgitiren von Speisebrei etc. etc. — und endlich bis zum höchsten Grade von gesteigerter Saftabscheidung — der continuirlichen Magensaftsecretion.

Jaworsky[13]) unterscheidet: 1) hoher Salzsäuregehalt während der Verdauungszeit, normales Verhalten (d. h. keine Salzsäuresecretion) ausserhalb derselben — *Hyperaciditas digestiva transitoria.* 2) Secretion von Salzsäure sowohl während der Verdauung, als auch ausserhalb derselben, jedoch zeigt sich die Acidität des nüchternen Magensaftes vielemal kleiner als auf der Höhe der Verdauung — *Secretio hyperacida continua simplex* (nach Riegel [s. u.], Uebergang zwischen Hyperacidität und Hypersecretion). 3) Es wird ein stark salzsäurehaltiger Magensaft sowohl ausserhalb als während der Verdauungszeit in grosser Quantität secernirt — *Hypersecretio hyperacida continua* s. *Gastrorrhoea hyperacida.*

In dieser Gruppe von Störungen mit gesteigerter Saftsecretion stellt das *Ulcus rotundum ventriculi* die wichtigste Affection dar. Auch hier war von den Velden der Erste, der auf das häufige Zusammentreffen von Ulcus und Hyperacidität aufmerksam machte. Riegel theilte 1885 8 Fälle von Ulcus mit 21 Aciditätsbestimmungen mit, 1886 31 weitere Fälle mit 272 Einzelbestimmungen. Bald

[12]) Berl. klin. Wochenschr. 1887, № 50.

[13]) Münchener med. Wochenschr. 1887, № 8 und Deutsche med. Wochenschr. 1887, № 31.

folgten andere Autoren. Sämmtliche fanden bei Ulcus ventriculi Vermehrung der Acidität des auf der Höhe der Verdauung ausgeheberten Magensaftes. So constatirte Riegel statt der normalen 1—2—2,5 pro Mille Salzsäure im Mittel 3—4 pro Mille und waren Werthe von 5 ja 6 pro Mille keine Seltenheit. Riegel sieht die Hyperacidität für das Primäre beim Ulcus an; diese Hyperacidität sei ihrerseits wiederum gewissermaassen der Ausdruck eines Reizzustandes, einer leichteren Vulnerabilität der Magenschleimhaut. Der hohe Säuregehalt sei daran schuld, dass etwaige kleine Verletzungen der Magenschleimhaut, die bei Gesunden wieder schnell heilen, nicht zur Heilung gelangen können und aus ihm erkläre sich die Neigung des Ulcus zum Recidiviren. Bei Behandlung des Ulcus sei daher in erster Reihe die Hyperacidität zu berücksichtigen.

Selbstverständlich wird es auch Fälle von Ulcus ventr. geben, wo die Acidität keine nachweisbare Steigerung erfährt, und sind von Ritter und Hirsch derartige Mittheilungen gemacht worden. Jedoch stossen solche Ausnahmen die nunmehr wohl als genügend begründet zu betrachtende Regel nicht um.

Hyperacidität findet sich ferner nicht selten bei Chlorose und bei den auf chlorotischer Grundlage beruhenden Gastralgien.

Den höchsten Grad abnormer Steigerung des Magenchemismus stellt die continuirliche Salzsäuresecretion dar, die *Hypersecretion*, wohl zu unterscheiden von der *Hyperacidität*: während bei dieser letzteren ein an Salzsäure abnorm reicher Magensaft zur Zeit der Verdauung, aber auch nur zu dieser Zeit abgesondert wird, findet bei der Hypersecretion eine ununterbrochene Saftabsonderung statt, auch ohne jeglichen Reiz durch Nahrungsaufnahme. Nicht selten sind bei diesem Leiden Ulcussymptome in früheren Jahren vorausgegangen. Auf die Hypersecretion machte zuerst Reichmann aufmerksam, sodann folgten die Beobachtungen von Sahli, Schütz, von den Velden, Riegel, Jaworsky und Gluzinsky, Boas u. A. Früher für selten gehalten, scheint sie nach den neuesten Mittheilungen doch verhältnissmässig recht häufig vorzukommen. So beobachtete allein Riegel in 1½ Jahren 29 Fälle von continuirlicher Magensaftsecretion. Das Krankheitsbild dieser Affection hat man erst nach Anwendung der diagnostischen Ausheberungen in richtiger Weise deuten und präcisiren gelernt. Es giebt (nach Riegel[14]) sowohl acute als chronische Fälle. Bei längerer Dauer dieses Zustandes findet man die Kranken hochgradig abgemagert, anämisch, kraftlos, Carcinomkranken nicht selten durchaus ähnlich. Sodbrennen, stark saures Aufstossen, sehr heftige Schmerzen in der Magengegend (besonders gern in der Nacht), oft Erbrechen, abnorm gesteigerter Durst sind die wichtigsten subjectiven Symptome. Objectiv ist in hochgradigeren und länger dauernden Fällen fast stets Gastrektasie nachweisbar.

Bei der continuirlichen Saftsecretion findet man nicht nur die Acidität überhaupt gesteigert, sondern vermag man auch bei nüchternem, leerem Magen nach einer am Abend vorgenommenen Magenauswaschung mehrere 100 Ccm. sauren, salzsäurehaltigen, eiweissverdauenden Magensaftes zu gewinnen. Die Acidität dieses reinen Magensaftes entspricht annähernd der Norm (unter 2,5 p. M.), während der bei demselben Falle auf der Höhe der Verdauung ausgeheberte Magensaft beträchtlich höhere Säurewerthe ergiebt.

Bei allen Störungen mit gesteigerter Acidität des Magensaftes kommt diese Steigerung fast lediglich auf Rechnung der Salzsäure. Organische Säuren oder flüchtige Fettsäuren finden sich entweder garnicht oder in normaler Quantität und verwechsele man nicht etwa Hypersecretion von reinem Magensafte mit der Production organischer Säuren bei abnormen Gährungsvorgängen.

Bei Hyperacidität und bei Hypersecretion werden Eiweisssubstanzen, Fleisch etc. gut verdaut, desto mehr aber die Verdauung der Amylaceen durch die überschüssig producirte Salzsäure geschädigt. Wie wir eingangs sahen, wird bereits bei einem Gehalte von 1—1,2 p. M. freier Salzsäure die Umwandlung der Amylaceen in reducirende Substanz sistirt. Dem entsprechend enthält das Sediment des ausgeheberten Magensaftes in der Regel keine Fleischfasern, vielmehr nur gröbere unverdaute Stärkepartikel. Die mangelhafte Verdauung der Amylaceen ist bei der continuirlichen Saftsecretion mit eine Hauptursache des beständigen Gefülltseins des Magens, wozu allerdings höchst wahrscheinlich noch ein durch den Reiz der Uebersäuerung hervorgerufener krampfhafter Pylorusverschluss hinzukommt.

Fassen wir das Gesagte noch einmal kurz zusammen, so haben wir: *Mangelhafte Abscheidung von Salzsäure im Beginn chronischer Catarrhe, Fehlen der Salzsäure und der peptischen Kraft bei Carcinom und hochgradigem chronischem Catarrh — bei ersterem constant, bei letzterem in den meisten Fällen wohl nur vorübergehend; Hyperacidität bei zahlreichen Zuständen von Dyspepsie, beim Ulcus, bei Gastrektasien nach Ulcus und bei der continuirlichen Saftsecretion mit oder ohne Gastrektasie; endlich normales Verhalten der Salzsäure bei Dyspepsien vorzüglich nervöser Grundlage.*

Die Untersuchung des zu diagnostischen Zwecken ausgeheberten Magensaftes beginnt mit seiner makroskopischen Betrachtung. Zur weiteren Bearbeitung wird er filtrirt. Die Prüfung seiner Reaction geschieht mit Lackmuspapier oder neutraler Lackmustinctur oder Phenylphthaleïn. Im Falle er sauer reagirt, wird bestimmt: 1) der Grad der Acidität, 2) ob Salzsäure in freiem Zustande vorhanden, 3) ob Milchsäure vorhanden. Den Grad der Acidität erhält man durch einfaches Titriren mit $^1/_{10}$ Normal-Natronlauge, wobei man neutrale Lackmustinctur oder Phenylphthaleïn als Indicator benutzt. Die gefundene Acidität wird dann gewöhnlich auf Salzsäure berechnet. Es entspricht 1 Ccm. verbrauchter $^1/_{10}$ Normal-Natronlauge 0,00365 Grm. Salzsäure.

Der Aciditätsgrad eines vollkommen normalen Magensaftes wird von den Autoren sehr verschieden angegeben. Es bedarf hier offenbar noch grösserer Untersuchungsreihen. Nach dem bisher Bekannten dürften 1,5—2,5 pro Mille als die Grenzwerthe angesehen werden.

Die qualitative Bestimmung der Säuren ist gegenwärtig durch die Bemühungen der Kliniker zu einem hohen Grade von Sicherheit gelangt. Es handelt sich in erster Reihe um Farbenreactionen, die von den Velden*) zuerst anwandte und die dann später namentlich durch Uffelmann*), sowie Riegel*), Boas, Hösslin, Günzburg u. A. verbessernde Modificationen und Neuentdeckungen erfuhren.

Zum Nachweise freier Salzsäure im Filtrate des ausgeheberten Mageninhaltes haben wir gegenwärtig folgende Reactionen:

1) Das sog. «*Congopapier*», ein mit dem «Congoroth» genannten Farbstoffe imprägnirtes Reagenzpapier, zuerst von Hösslin[15]) empfohlen. Das rothe Papier färbt sich bei Einwirkung freier Säure blau. Noch 0,0019% Salzsäuregehalt soll dasselbe anzeigen. Riegel[16]) empfahl dieses Reagens namentlich für praktische Zwecke zur schnellen Orientirung: er betonte, dass je höher der Salzsäuregehalt des Magensaftes um so intensiver die Bläuung auftrete, während bei fehlender oder unzureichender Menge von Salzsäure, auch trotz gleichzeitiger Anwesenheit von organischen Säuren, die Bläuung niemals *deutlich* ausfalle. — Milchsäure reagirt auf Congopapier ungefähr halb Mal so stark als Salzsäure (Boas[17]), während Buttersäure erst in weit höherer Concentration die gleiche Farbenintensität aufweist.

[14]) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 11.

*) Siehe unten.
[15]) Münch. med. Wochenschr. 1886, № 6.
[16]) Deutsche med. Woch. 1886, № 35.
[17]) Deutsche med. Wochenschr. 1887, № 39.

Boas formulirt (l. c.) seine Erfahrungen über das Congopapier in folgenden Sätzen: Bei intensiver Bläuung ist stets freie Salzsäure vorhanden, ob dieselbe jedoch in höherem oder geringerem Maasse, ob neben der Salzsäure noch organische Säuren, eventuell in welcher Quantität vorkommen, darüber giebt die Congoreaction keinen Aufschluss. Bei weniger intensiver Bläuung ist eine Entscheidung nicht möglich, ob nur Salzsäure in geringen Mengen oder ob nur organische Säuren in doppelt so grosser Menge, oder ob ein Gemisch beider vorhanden ist. — Peptone und Albuminosen, sowie Salze beeinträchtigen die Congoreaction in nicht erheblichem Grade. Bei starkem Gehalt an solchen können sie dieselbe vollkommen latent machen.

2) Die *Methylviolettprobe.* Methylviolett in wässriger dunkler Lösung wird durch freie Salzsäure blau gefärbt und ändert die Lösung zugleich ihr spectroskopisches Verhalten. Die Farbenveränderung tritt noch auf bei 0,024% freier Salzsäure. Milchsäure bedingt die gleiche Farbenveränderung erst in einer 0,4%igen Lösung. Essigsäure und Buttersäure bläuen Methylviolett erst in einer Concentration, wie sie im Magensaft niemals vorkommt. Man wird also im gegebenen Fall unbedingt auf die Anwesenheit von Salzsäure zu schliessen berechtigt sein, wenn die Methylviolettprobe bei einer Gesammtacidität von weniger als 0,4% ein positives Resultat giebt. Gestört wird die Probe durch Anwesenheit von Peptonen (Ewald[18]), sowie von gelösten Albuminaten. Je nachdem diese in geringerer oder grösserer Menge im Magensaft enthalten sind, vermindern sie die Intensität der Blaufärbung, resp. lassen sie dieselbe überhaupt garnicht zu Stande kommen. (Nach Cahn und Mehring[19]) können 4% Pepton 1 pro Mille Salzsäure verdecken; ebenso wirken saure Phosphate, jedoch in etwas stärkerer Concentration).

Empfindlicher als beim Anstellen der Methylprobe durch Hinzufügen des Magensaftes im Reagensglase ist nach Uffelmann folgende Modification: Man bringe einige Tropfen einer concentrirteren, frisch bereiteten wässrigen Lösung des Methylvioletts in eine trockene Porcellanschale, vertheile sie an der Wandung und lasse dann 2 oder 3 Tropfen des zu untersuchenden Filtrates vom Rande der Schale hinablaufen. Ist in der Flüssigkeit auch nur 0,4 bis 0,38 pro Mille Salzsäure, so hinterlassen die hinablaufenden Tropfen beim Passiren der Methylviolettlösung einen blauen Streifen und färben weiterhin sogar noch die benachbarten Partien der violetten Schicht bläulich, selbst wenn Peptone, Albuminate und Phosphate in reichlicher Menge vorhanden sind.

3) Die *Tropäolinproben.* Das Tropäolin (chemisch Oxynaphthylazophenylsulfonsäure) ist gegenwärtig das wichtigste Salzsäurereagens. Die verschiedenen Tropäolinarten des Handels sind einander nicht gleich und ist nach Uffelmann allein das «Tropäolin 00» aus der Fabrik von Schuchard in Görlitz zu verwenden. In wässrig-alcoholischer Lösung eine dunkelgelbe Flüssigkeit darstellend wird diese Substanz bei Zusatz von 0,24 pro Mille Salzsäure lila- bis orseilleroth. Mischt man sie dagegen mit einer 0,5—2—5 pro Mille Milchsäurelösung, so entsteht kein solches lilaroth, sondern eine bräunlich-rothe Färbung. Eine 2-procentige Milchsäurelösung bewirkt eine momentane Lilafärbung, die dann sofort in braunroth übergeht. Doch ist die Probe insofern unsicher, als schon geringe Mengen Pepton sie nicht zu Stande kommen lassen.

Sicherer ist die folgende von Uffelmann angegebene Modification der Tropäolinprobe: 1—2 Tropfen einer concentrirten Lösung von Tropäolin in 1 Theil Alcohol und 3 Theilen Wasser werden durch Schwenken auf einem Porcellanschälchen vertheilt und dann ein einziger Tropfen des Magensaftes hinzulaufen gelassen. Ist nun in dem Filtrate Salzsäure zu 0,3 pro Mille bei niedrigem und zu 0,4 pro Mille bei hohem Peptongehalt vorhanden, so hinterlässt der hinabfliessende Tropfen einen schmutzig-lilarothen Streifen, der aber nach 1—2 Secunden eine schmutzig-bräunliche und weiterhin gelbliche Färbung annimmt. Milchsäure ruft diese Reaction erst in einer im Magensafte nicht vorkommenden Concentration hervor.

Boas[20]) hat das letztere Uffelmann'sche Verfahren in folgender Weise modificirt und giebt diese Art der Tropäolinprobe unstreitig die sichersten Resultate: Man vertheilt 4—5 Tropfen einer gesättigten, alcoholisch-ätherischen Tropäolinlösung durch lebhaftes Schwenken auf einem Porcellanschälchen, lässt ca. noch einmal soviel Magensaft tropfenweise zufliessen und einige Augenblicke sich mischen, vertheilt die Mischung und erhitzt vorsichtig über der Flamme. Es entstehen dann an einzelnen Stellen je nach dem Salzsäuregehalt violette bis lebhaft lilarothe Spiegel, welche einzig und allein durch Anwesenheit freier Salzsäure hervorgerufen werden können. Zusatz von Aether hebt die Lilafärbung nicht auf. Organische Säuren bewirken selbst in 1-procentiger Lösung keine derartige Färbung. Die Flüssigkeit bleibt gelb oder blasst noch mehr ab.

Für praktische Zwecke, etwa zur sofortigen Orientirung über An- oder Abwesenheit von Salzsäure empfiehlt Boas[21]) angelegentlichst das Tropäolin*papier*, d. h. ein durch 24-stündige Imbibition mit gesättigter alcoholischer Tropäolinlösung gefärbtes gutes schwedisches Filtrirpapier. Ein derartiger Papierstreifen, in Mageninhalt getaucht, färbt sich auch bei einem Gehalte von 0,5 pro Mille Salzsäure stark rothbraun, und geht diese rothbraune Färbung bei vorsichtigem Erhitzen des Streifens in ein gesättigtes, charakteristisches Lila über, welches auch nach Aetherzusatz persistirt. Hoher Gehalt an organischen Säuren kann allerdings auch rothbraune Färbung hervorrufen, doch nimmt diese Färbung schon beim Trocknen allmälig ab und verschwindet beim Erhitzen vollständig.

4) Uffelmann's *Heidelbeerreagenspapier*, als ein sehr empfindliches Reagens auf Salzsäure und Milchsäure von Uffelmann angegeben, ist Fliesspapier, welches mit einem amylalcoholischen Extracte des Heidelbeerfarbstoffes getränkt ist. Ein solches Reagenspapier hat eine graubläuliche Färbung, welche durch eine 0,24 pro Mille Salzsäurelösung in ein deutliches Rosa übergeht. Diese Farbenveränderung persistirt nach Aetherübergiessung. Gleichfalls rosa gefärbt wird das Papier

1. durch Milchsäure von 4—4,5 pro Mille
2. » Essigsäure » 5—6 » »
3. » Buttersäure » 4,5 » »

Ein derartiger Gehalt an organischen Säuren kommt aber im Magensafte kaum je vor. Sollte es sich aber doch ereignen, so wird die durch genannte organische Säuren hervorgerufene Rosafärbung des Heidelbeerpapiers durch Aether wieder aufgehoben, was bei der Rosafärbung durch Salzsäure nicht der Fall ist.

5) In neuester Zeit ist endlich als ein empfindliches Reagens auf Salzsäure das sog. Günzburg'sche Reagens[22]), namentlich von Ewald[23]) als sehr zuverlässig empfohlen worden. In einer alcoholischen Lösung von *Phloroglucin* und *Vanillin* im Verhältniss von 2:1 entstehen bei Zusatz von Salzsäure krystallinische Ausscheidungen von prachtvoll hochrother Färbung. Bei sehr verdünnten Salzsäurelösungen verwendet man gleiche Theile der zu prüfenden Lösung und des Günzburg'schen Reagens, von beiden wenige Tropfen und dampft in einem Porcellanschälchen über kleiner Flamme ein. An dem Verdampfungsrande entsteht ein zarter, schön rosenrother Anflug, auch bei Lampenlicht erkennbar. Während Tropäolin nur von 1—2 pro Mille reagirt, gebe Günzburg's Reagens schon 0,05 pro Mille Salzsäure an. Organische Säuren, welche in Betracht kommen können, haben gar keinen Einfluss. Weder rufen sie

[18]) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I.
[19]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 39.

[20]) Deutsche med. Wochenschr. 1887, № 39.
[21]) l. c.
[22]) Centralblatt f. klin. Med. 1887, № 40.
[23]) Deutsche med. Wochenschr. 1887, № 46.

selbst die Reaction hervor, noch stören sie dieselbe, wenn Salzsäure vorhanden ist. Auch Peptone und Albuminsubstanzen hindern die Reaction nicht.

Es giebt somit eine ganze Reihe von Salzsäurereactionen, von denen die einzelne allerdings nicht frei von Fehlerquellen ist, die aber in ihrer Gesammtheit angestellt wohl im Stande sind, die An- oder Abwesenheit von Salzsäure *sicher* zu erweisen.

Zum qualitativen Nachweise der *Milchsäure* bedient man sich am besten der von Uffelmann angegebenen Proben mit Eisenchlorid-Carbol und mit Eisenchlorid allein, sowie des bereits besprochenen Heidelbeerreagenspapiers.

1. Die *Eisenchlorid-Carbolprobe* hat sich in zahlreichen Nachprüfungen als eine durchaus sichere erwiesen. Nach Uffelmann mischt man 10 Ccm. einer 4-procentigen wässrigen Carbollösung mit 20 Ccm. Aq. dest. und fügt einen Tropfen des officinellen Liq. ferr. sesquichlorati hinzu. Man erhält eine amethystblaue klare Flüssigkeit, deren Farbe durch die geringsten Spuren von Milchsäure in eine reingelbe bis grünlichgelbe verwandelt wird. Noch 0,1 pro Mille jener Säure ist mit Hilfe dieser Probe sofort auf's Deutlichste zu erkennen. Zur Untersuchung thut man 1—2 Ccm. des Reagens in eine Eprouvette und lässt die zu prüfende Flüssigkeit langsam, tropfenweise zufliessen. Die Anwesenheit von Eiweisssubstanzen (nicht Pepton) oder Phosphaten in reichlicher Menge bedingt eine Trübung, welche die Gelbfärbung verdeckt. Bei derartigen Vorkommnissen schüttelt man das Filtrat vorher wiederholt mit reinem Aether aus, vereinigt die ätherischen Extracte, lässt verdunsten und behandelt den Rückstand mit einem sehr geringen Quantum der amethystblauen Lösung, etwa 2 Tropfen derselben, die bei den geringsten Spuren Milchsäure sich gelb färben wird. Verdünnte Salzsäure (0,3 bis 2,5 pro Mille) bedingt eine fahle oder fahlgraue Färbung.

2. Eine sehr diluirte, kaum hellstrohgelb gefärbte Lösung von Liq. ferr. sesquichlor. in Aq. dest. wird durch Milchsäurezusatz dunkler und ausgesprochener gelb gefärbt. Auch diese Probe ist sehr empfindlich.

3. Das bereits erwähnte Heidelbeerreagenspapier wird durch Milchsäure (s. o.) in ca. 4 pro Mille Lösung rosa gefärbt, doch verschwindet diese Rosafärbung beim Uebergiessen mit Aether, während die durch Salzsäure bewirkte Verfärbung hierbei bestehen bleibt.

Mit der Bestimmung der freien Säuren, die stets mit sämmtlichen der angeführten Reagentien anzustellen ist, ist der wichtigste Theil der Untersuchung des ausgeheberten Magensaftes beendet. Eine etwa wünschenswerth erscheinende Prüfung des Filtrates auf Eiweisssubstanzen, auf Peptone wird nach den bekannten Methoden ausgeführt. Ein Verdauungsversuch kann nur im Thermostaten angestellt werden, wird daher den meisten praktischen Aerzten nicht ausführbar sein. Eine eingehendere mikroskopische Untersuchung des ausgeheberten Materials ist natürlich nöthig, sobald sich irgend welche auffällige Bestandtheile in demselben vorfinden sollten. Aber auch sonst ist eine solche aus mehrfachen Gründen wünschenswerth und lehrreich (s. oben).

Sollte durch die Lectüre dieses Referates der Eine oder Andere der Collegen angeregt werden, die bei einiger Uebung so sehr einfachen Untersuchungen in jedem Falle schwerer Magenstörungen vorzunehmen, so wäre der Zweck dieser Mittheilung erreicht.

Literatur, welche vorzüglich zu vorstehendem Referate benutzt wurde:

Leube: Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXIII; Zeitschrift für klin. Medicin Bd. VI.

Riegel: Deutsches Arch. f. kl. Med. Bd. XXXVI; Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XI, № 1, 2 und 3; Deutsche med. Wochenschr. 1886, № 35, 37 und 52; Volkmann's Sammlung klin. Vorträge № 289.

von den Velden: Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XXIII, XXV und XXVII; Volkmann's Sammlung klin. Vorträge № 280.

Uffelmann: Deutsches Arch. f. kl. Med. Bd. XXVI; Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VIII, № 4 und 5.

Ewald: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I, № 3; Bericht über den Congress für innere Medicin 1884; Berliner klin. Wochenschr. 1886, № 3, 32 und 48.

Ewald und Boas: Virchow's Archiv Bd. 101 und 104.

Boas: Deutsche med. Wochenschr. 1887, № 24, 25, 26 und 39, Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XI, № 3; Centralbl. f. d. med. Wissenschaften 1887, № 23.

Jaworsky: Deutsches Ach. f. klin. Med. Bd. XXXIII.

Jaworsky und Gluzinsky: Berl. klin. Wochenschr. 1884, № 33; Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XI, № 3.

Cahn und Mehring: Deutsches Arch. f. kl. Med. Bd. XXXIX, № 3 und 4.

Sticker: Magensonde u. Magenpumpe (Berlin 1887, E. Grosser).

Sticker und Hübner: Zeitschr. f. kl. Med. Bd. XII, № 1 u. 2.

Reichmann: Berl. klin. Wochenschr. 1887, № 12—16.

Rosenbach: Artikel Dyspepsie in Eulenburg's Realencyclopädie.

Ritter und Hirsch: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIII.

v. Sohlern: Berl. klin. Wochenschr. 1887, № 50.

Kredel: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VII, № 6.

Riedel: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VII, № 6.

Edinger: Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XXIX.

Korczynski und Jaworsky: Deutsche med. Wochenschrift 1886, № 52.

Naunyn: Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XXXI.

Referate.

1. Prof. A. Polotebnow: **Ueber Maassregeln zur Verhinderung der Ausbreitung der Syphilis in Russland.** (Meshdunarodnaja Klinika № 5. Russ.).
2. Prof. Mansurow (Moskau): **Ueber Verbesserung der Sanitätsverhältnisse und Verminderung der Sterblichkeit in Russland.** (Ibidem).
3. Prof. A. Gay (Kasan): **Einiges über den Kampf gegen die Syphilis.** (Ibidem).
4. G. Rodionow: **Ueber den Kampf mit der Syphilis.** (Ibidem).

Die vorliegenden 4 Mittheilungen werden als Beilagen zu den Protokollen der unter Prof. Botkin's Präsidium arbeitenden Commission «zur Verminderung der Sterblichkeit in Russland» veröffentlicht und giebt jeder der Autoren seine Ansichten, wie man am besten die Syphilis, die in Russland bedeutende Opfer verlangt, bekämpfen könne.

Prof. Polotebnow beginnt sehr richtig mit dem Hinweise, dass uns bis jetzt noch jegliche genauere Statistik über die Verbreitung der Syphilis in Russland fehlt und die approximativen Schätzungen ungenau sind. Die officielle Statistik ist absolut unbrauchbar. — Als Hauptursache der argen Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung sieht er einerseits die Indolenz und Unreinlichkeit der Letzteren, sowie den Mangel aller Begriffe über Ansteckungsfähigkeit an, andererseits das Arbeitsuchen in den Städten etc. Wie dieser Ursache abzuhelfen, darauf sei die Antwort schwer. Die Berathungen der Landärzte haben zu keinem Resultat geführt, der Vorschlag, durch populäre Broschüren das Volk über die Syphilis aufzuklären, wird nicht wirken, weil das Volk überhaupt noch wenig zu lesen versteht.

Als *bestes Mittel* hebt P. — *regelrechte Behandlung der Erkrankten* hervor, doch fehlt die Gelegenheit dazu, sowohl auf dem Lande, wie auch in den Städten.

Ferner klagt P. darüber, dass auch die Aerzte keine genügende Specialbildung bezüglich der Syphilis erhalten, und müsste in dieser Hinsicht mehr geschehen. Die Gesetze über Controlle der Prostitution und die Arbeiteruntersuchungen in den Fabriken existiren wohl, werden aber nicht genügend erfüllt, so z. B. sollen alle erkrankten Prostituirten zur Behandlung in ein Hospital gesandt werden, doch sind dazu zu wenig Betten vorhanden. (In Charkow, wo ca. 200,000 Einwohner, bestehen nur 30 Krankenbetten für Prostituirte). Seine Vorschläge gipfeln darin, dass eine Reihe von Specialhospitälern nebst Ambulanzen gegründet werden sollen, namentlich in den Universitätsstädten, wo sie gleichzeitig auch Lehrzwecken dienen können, um genügend zum Kampf mit Syphilis vorbereitete Aerzte heranzubilden. Als ebenso wichtige zweite Maassregel hebt er hervor, dass eine factische, strenge medicinische Controlle organisirt werde, und zwar nicht nur bei Fabriken, sondern auch in den Hauptnestern der Syphilis auf dem Lande.

Prof. Mansurow in Moskau führt eine ganze Reihe von Massregeln als wichtig an und zwar:

1) Strenge Organisation der Besichtigung der öffentlichen Häuser und Prostituirten (giebt jedoch keine Details, wie er sich das durchgeführt denkt. Ref.)

2) Besichtigungen der Fabriken, Werkstätten, Bedienung, Ammen etc. (Wie aber schon Polotebnow hervorhob, bleiben derartige Verordnungen — todte Buchstaben. Ref.).

3) Anwendung von antiseptischen Mitteln (Sublimat 1 : 2000 Wasser) vor und nach dem Coitus, worüber in den öffentl. Häusern Ankündigungen ausgehängt werden sollen. (Sollte das wirklich die Syphilis vermindern? Wer soll die Controlle über die Ausführung übernehmen? Ref.).

4) Rationelle Organisation der Prostitution in den Residenzen und Städten (dabei fügt er aber gleich selbst hinzu, dass die Syph. trotzdem durch die geheime Prostitution verbreitet werden wird. Ref.).

5) In den kleinen Städten sind die öffentl. Häuser zu schliessen, weil sie dieselben demoralisiren und nur der Polizei Nutzen bringen.

6) Es ist nöthig eine Statistik der geheimen Prostitution zu schaffen (wie und wer soll das thun? Ref.).

7) In den Gasthäusern und Badstuben sollen die einzelnen Zimmer abgeschafft werden. (Folglich soll also Jedermann nur mit anderen zusammen sein Schwitzbad nehmen, das heisst doch, das Kind mit dem Bade ausschütten. Ref).

8) Die erkrankten Prostituirten sind zeitweilig von ihrer Beschäftigung auszuschliessen. (Dieses ist die von Sperk propagirte Maassregel).

Ferner führt M. noch eine Reihe von wünschenswerthen «öconomischen und Cultur-Maassregeln» als Palliativ-Mittel an, wie Hebung des sittlichen und geistigen Niveau's des Volkes, Verbreitung von populären Broschüren, Hebung des Volkswohlstandes, *Verminderung des Zudranges der Arbeitsuchenden zu den grossen Städten*, Einschränkung der Armuth durch Verbot der zu häufigen Landtheilung, Besserung des Volkscredites, Verminderung der Trinkhäuser und Verbote, dieselben bei den Fabriken zu errichten. Wichtig ist sein Vorschlag, dass in den Sanitäts-Commissionen doppelt soviel Aerzte als Nichtärzte sitzen sollen (das ist ja gegenwärtig unser Krebsschaden, dass so häufig Nichtärzte in medicinischen Fragen zu urtheilen und entscheiden haben! Ref.) und dass man den Sanitäts-Commissionen nicht nur berathende, sondern auch executive Macht gebe.

Prof. Gay in Kasan beginnt damit, dass die beste Prophylaxe darin bestehe, dass jedes einzelne Individuum sich vor Infection hüte. Ferner legt er grosses Gewicht auf die Verbreitung richtiger Anschauungen über die Syphilis und dieses sei die Aufgabe der Aerzte und deren Gehülfen. Die staatliche Hülfe soll in strenger Controlle der Prostitution bestehen, welche jetzt «fast ohne Aufsicht» sei. Bei der Controlle muss besonders auf die bereits inficirten Prostituirten geachtet werden (was bisher nicht geschieht). Ausgenommen einzelne Städte, liegt die Aufsicht über die Prostitution in den Händen der «Stadtärzte», dieselben sind aber schon derartig mit Pflichten überbürdet, dass sie nicht die genügende Zeit dazu haben, sich der Prostitutionscontrolle zu widmen. Namentlich ist es aber ein grosser Missbrauch, dass man es gestattet, dass die Stadt- resp. Polizeiärzte sich in den Dienst der Fabrikbesitzer begeben und die med. Untersuchungen auf den Fabriken übernehmen, da sie ja dadurch ihre eigenen Controlleure werden. (Leider ist das ja auch in St. Petersburg wieder ganz eingebürgert, obgleich es vor ca. 12 Jahren streng verboten wurde. Ref.). Ferner ist es nach Gay wichtig, dass die Prostituirten unentgeltlich behandelt würden. Bisher ist es in verschiedenen Städten eingeführt, dass die Wirthinnen der öffentl. Häuser für die Behandlung ihrer inficirten Insassen im Hospital zahlen müssen und daher die Inficirten verheimlichen. Auch G. hebt die Wichtigkeit strenger Controlle über die Fabrikbevölkerung hervor. Die Controlle über die Arbeiter, die als Tagelöhner herumziehen, ist schwer möglich, wäre jedoch sehr wichtig. Ferner wendet sich G. ebenso wie Polotebnow zur Frage, ob wir auch genügend zum Kampf mit der Syphilis vorbereitete Aerzte haben und weist auch darauf hin, dass in dieser Hinsicht noch zu wenig von der Universitätsobrigkeit geschieht. Das neue Universitätsstatut stellt de jure die Lehrthätigkeit über Syphilis rationeller hin, de facto bleibt aber Alles bei der alten abnormen Lage. Dann bespricht G. auch die Hospitalfrage. Wenn die Syphilitiker sich auch an Hospitäler wenden, können die Wenigsten zur Behandlung angenommen werden. Eine Stadt wie Kasan (130,000 Einwohner) hat nur 100 Betten für Syphilitiker (NB. Veneriker?) und davon sind stets ca. 60 von Prostituirten eingenommen; es bleiben also nur 40 für syphilitische Männer nach! Im Jahre 1867 hat das Ministerium des Innern am 15. Dec. ein Circular erlassen, welches befiehlt, dass *jeder* Syphilitiker (also auch die nichtinficirenden Gummösen?) das Recht haben soll, in den Landschaftshospitälern unentgeltlich behandelt zu werden. Doch blieb dieses Circular ohne Erfolg, denn die Landschaftsverwaltungen vermehrten die Zahl ihrer Krankenbetten nicht und Niemand zwang sie dazu. Folglich konnten die Pat. doch keine Aufnahme erhalten. Da im Gouv. Kasan die Zahl der Syphilitiker stetig wächst, bat die Landschaftsverwaltung das Ministerium, auf Staatskosten ein Hospital zu errichten, doch wurde die Bitte abschlägig beschieden. Um jedoch etwas zu thun, sandte das Medicinaldepartement des Minist. des Innern (19. August 1884, № 1301) ein Verzeichniss derjenigen Formen der Syphilis, mit denen man die Kranken nicht in's Hospital aufzunehmen brauche. «Ich finde dieses Verzeichniss», sagt Prof. Gay, «nicht entsprechend der Sachlage und bitte die Commission auf dasselbe seine Aufmerksamkeit zu lenken, und bemerke dazu, «dass man auf dem Canzelleiwege unmöglich die Frage entscheiden könne, welcher Pat. aufzunehmen, welcher abzuweisen». Ist eine competente Person an die Spitze eines Hospitales gestellt, so muss man es ihm auch überlassen zu beurtheilen, welche Kranke die Hospitalbehandlung nöthig haben.

Zum Schluss plaidirt G. ebenfalls für Errichtung von Specialhospitälern, welche auf Staatskosten zu errichten wären, wobei die Landschaftsverwaltungen einen Theil der Summe hergeben sollen. Für wichtig aber hält G., dass in einer so ernsten Sache zweckentsprechende Persönlichkeiten vom Staate angestellt würden, da die häufig wechselnden, nicht competenten Vertreter der Landschaftsverwaltung dazu nicht geeignet wären; denn sobald ein Arzt thut, was den Landschaftsvertretern nicht gefällt, so seien sie gleich bereit, den Arzt zu entlassen, ob er auch noch so geeignet sei, besonders da die Landschaftsverwaltungen sich überhaupt ungern mit der Syphilisfrage beschäftigen. Schliesslich regt G. auch noch die Frage an, dass die Familien der in Hospitälern an Syphilis in Behandlung stehenden Bauern ev. Unterstützungen erhalten, da sie, ihres Ernährers zeitweilig beraubt, darben.

Dr. Rodionow, ein Moskauer Arzt, richtet ein Schreiben an Prof. Botkin, in welchem er speciell befürwortet, dass obligatorische Untersuchungen auf Syphilis bei allen als Bedienung und Arbeiter in einen Dienst Tretenden eingeführt würde.

[Wir bedauern, dass bisher keiner der Landärzte, die doch am meisten mit der Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung bekannt sind, ihre Stimme erhoben haben. Von allen oben dargelegten Maassregeln erscheint es Ref. am wichtigsten, ohne lange zu warten, möglichst bald Specialhospitäler zu errichten und zwar namentlich in den Hauptcentren Russlands, in den Residenzen, die jedenfalls am meisten frische Syphilis an die Landbevölkerung senden durch die 2 Mal jährlich in ihre Dörfer zurückkehrenden Arbeiter. Was helfen aber alle vorgeschlagenen Maassregeln, wenn man bisher nicht einmal in St. Petersburg etwas zur Erleichterung der Syphilisbehandlung thun will. Der schwächste Punct in der ganzen Frage über den Syphiliskampf ist der, dass die an der Spitze der Administration Stehenden auf diese Frage von oben herabsehen und man immer wieder auf die Ansicht stösst: «Alles was für andere Kranke nicht mehr taugt, ist gut genug für Syphilitiker», sei es nun ein Hospital, dessen Einrichtung, Kleider, Wäsche etc. Von dieser Thatsache kann sich Ref. fast täglich immer wieder überzeugen, da er selbst an einer Syphilisabtheilung arbeitet. Noch in letzter Zeit ist wieder ein Rückschritt der Fürsorge für die Syphilitiker in St. Petersburg zu verzeichnen. Systematisch ist in den letzten 1½ Jahren die Zahl der Betten für die Syphilitiker vermindert worden und augenblicklich besteht zu ihrer Behandlung nur das Ochtaer zeitweilige Hospital (mit 200 Betten und 50 Reservebetten), in welchem weniger als 1 Cubikfaden Luft pro Kranken vorhanden, welches jedoch von den betreffenden Administrativpersonen für völlig zweckentsprechend gehalten wird. Die 90 im Alexanderhospital vorhandenen etatmässigen Betten sind bis zum Herbst zu Remontezwecken geschlossen. Da aber das Ochtaer Hospital weit ausserhalb der Stadt gelegen, gehen die Patienten nur ungern dahin, daher sind stets freie Betten vorhanden, folglich, kann man ja sagen, es ist so wenig Syphilis vorhanden, dass nicht einmal 250 Betten besetzt werden. Ref.]. P.

Clinical Society of London. Conclusions of the Myxoedema Committee. (Brit. Med. Journ. № 1431).

Die am 15. Mai 1888 von Dr. Ord, dem Präses des Myxoedema Committee der Clin. Soc. Lond. verlesenen Resultate desselben lauten: 1) Das Myxoedem ist eine wohl definirte Krankheit. — 2) Dieselbe befällt am häufigsten das mittlere Alter und vorwiegend das weibliche Geschlecht. — 3) Klinische und pathologische Beobachtungen weisen mit Bestimmtheit darauf hin, dass allen Fällen gemeinsam ist eine destructive Veränderung der Schilddrüse. — 4) Die gewöhnlichste Form von destructiver Veränderung besteht in einer Substitution von zartem fibrösen Gewebe an Stelle des eigentlichen Drüsenparenchyms. — 5) Sehr häufig findet man eine Wucherung von interstitiellem Bindegewebe auch in der Haut und (sehr viel seltener) in den Eingeweiden, wobei das Aussehen dieses Bindegewebes auf irritative oder entzündliche Processe hinweist. — 6) Die pathologische Untersuchung zeigt Ursachen für die intra vitam beobachteten Veränderungen der Haut, das Ausfallen der Haare und Zähne, die Zunahme des Körperumfanges durch Vermehrung des subcutanen Fettes, giebt aber keine Erklärung für die Schädigung der Sprache, der Motilität und Sensibilität, des Bewusstseins und Verstandes, welche zu den hervorstechenden Symptomen der Krankheit gehören. — 7) Die chemische Analyse hat in den wenigen Fällen, wo dieselbe ausgeführt werden konnte, eine Vermehrung von Mucin in den Geweben nicht in einem den ersten Angaben entsprechenden Maasse nachgewiesen, doch erklärt sich dieser Widerspruch zum Theil dadurch, dass die im Ganzen für das Myxoedem characteristische Schwellung des Integuments im Laufe der Krankheit bedeutenden Schwankungen unterworfen ist, und oft kurz vor dem Tode verschwindet. — 8) Bei Thierversuchen, in specie an Affen, erhielt man durch Totalexstirpation der Schilddrüse unter scrupulöser Schonung der benachbarten Nerven und der Trachea Symptome, welche bemerkenswerth genau denen des Myxoedems glichen. — 9) In solchen experimentellen Fällen wurde eine starke Vermehrung des Mucins in der Haut, dem Bindegewebe, dem Blut und den Speicheldrüsen gefunden. Die Parotis, welche normaler Weise kein Mucin enthält, wies davon Quantitäten auf, wie sie gewöhnlich nur in der Submaxillaris vorkommen. — 10) In einer bedeutenden Anzahl von Fällen entwickeln sich beim Menschen nach der Entfernung der Schilddrüse Zustände, die dem Myxoedem genau entsprechen. — 11) Wo dergleichen Folgen nicht eintraten, ist das Vorhandensein und die nachträgliche Hyperplasie von accessorischen Schilddrüsen, oder eine zufällig unvollkommene Exstirpation der Drüse, oder endlich eine zu kurze Beobachtungsdauer der wahrscheinliche Grund dieses Ausbleibens. — 12) Verschie-

dene Beobachter haben als wahre Ursache des experimentellen und operativen Myxoedems (Cachexia strumipriva) Verletzungen der Trachea und Atrophie derselben, Verletzungen der N. N. recurrentes und des Halssympathicus oder endlich endemische Einflüsse angesehen. Dagegen ist zu sagen, dass bei beliebigen anderen Eingriffen an Hals und Kehle, welche mit einer Entfernung der Schilddrüse nicht verbunden sind, solche Folgen nie beobachtet wurden; dass in den meisten Fällen von operativer oder experimenteller Entfernung der Schilddrüse die umgebenden Gewebe sorgfältig geschont wurden; dass Myxoedem nach Kropfoperationen beobachtet worden ist in Gegenden, die von endemischem Cretinismus frei sind, und an Personen, welche nie in Gegenden gelebt haben, wo letzterer vorkommt. Es erscheint daher der Zusammenhang des Myxoedems mit der Entfernung oder pathologischen Zerstörung der Schilddrüse bewiesen. — 13) Während das Myxoedem aus pathologischen Gründen vorwiegend oft das weibliche Geschlecht befällt, vertheilen sich die operativen Fälle gleichmässig über beide Geschlechter. — 14) Eine zusammenfassende Uebersicht der Semiotik und Pathogenese führt zu der Ansicht, dass das Myxoedem wahrscheinlich identisch ist mit der Cachexia strumipriva, eine sehr nahe Verwandschaft mit dem endemischen Cretinismus aufweist, und praktisch bei Erwachsenen dieselbe Krankheit darstellt, wie der sporadische Cretinismus bei Kindern. — 15) Alle diese Zustände scheinen, der Hauptsache nach, abzuhängen oder begleitet zu sein von einer pathologisch-anatomischen oder functionellen Vernichtung der Schilddrüse, deren ursprüngliche Ursache bis jetzt noch unbekannt ist. G.

Anacker: Glycerin in Form von Minimalklystieren. (Deutsche med. Wochenschr. 1887. № 37).

v. Vámossy: Das Glycerin als Abführklysma. (Wien. med. Presse. 1887. № 48.)

Anacker hat das Purgativ Oidtmann, welches aus Glycerin, einem Coniumpräparat und einem Natriumsalz besteht, auf seine Wirksamkeit geprüft und gefunden, dass nur das Glycerin wirksam sei. Nach ihm bewirken 1,5 bis 2,0 Glycerin in das Rectum injicirt eine rasche und gründliche Stuhlentleerung und empfiehlt er, bei chronischer Verstopfung 50 Tropfen Glycerin in den Mastdarm mittelst einer kleinen Spritze mit Olive einzuführen; Geschwüre im Rectum geben eine Contraindication.

v. Vámossy hat dieselbe Methode an 150 Kranken beiderlei Geschlechts im Alter von 6 bis über 70 Jahren mit glänzendem Erfolge versucht. Er benutzt dazu eine 2 Ccm. fassende mit einem 5 Cm. langen Ansatzrohre versehene Spritze, welche, mit reinem Glycerin gefüllt, in das Rectum entleert wird; die Application ist einfach, schmerzlos, der Erfolg ein überraschender.

(Ref. hat namentlich bei Frauen nicht unbedeutendes und sehr lästiges Brennen nach solchen rectalen Glycerininjectionen gesehen.) Hz.

M. Lewentauer (Constantinopel): Ueber Beschneidungssyphilis. (Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. VI. № 20. 1887).

Verf. wendet sich gegen die jeder Antisepsis Hohn sprechende Handhabung der Beschneidung bei der jüdischen und muhamedanischen Welt, welche namentlich die Gefahr einer Infection mit Luës durch inficirte Personen oder Instrumente involvirt und führt zur Illustration einen Fall an, der sich als solcher durch nichts Besonderes von hundert anderen derartigen Fällen unterscheidet, es sei denn durch das Glück des Verfassers, dem es gelungen war, aus den in obiger Arbeit angeführten Symptomen Luës zu diagnosticiren und die Diagnose durch die spec. Behandlung zu bestätigen. Die Symptome bei dem fast «cachectischen 5—6 monatlichen Kinde von lymphatischer Constitution» waren: «eine klein hühnereigrosse fluctuirende Geschwulst hinter dem Ohr, je ein Geschwür mit elevirten Rändern, grauröthlichem schmutzigen Boden in den Schenkelbeugen — also vereiterte Bubonen — und das Rudiment eines Penis». «Es konnte gar kein Zweifel obwalten, dass man es hier mit Syphilis zu thun habe» etc. schliesst der Verfasser. Nebenbei bemerkt er später, dass die meisten Inguinaldrüsen hart anzufühlen und geschwollen waren. Sollten Verf. nicht andere Gesichtspuncte, als nur obige Symptome bei seiner Diagnose vorgeschwebt haben? Die Therapie bestand in Calomel 0,006—3 Mal täglich mit etwas Laudanum und einer Schmiercur mit Ungt. ciner., ein erbsengrosses Stück täglich ausserdem Syr. ferri jodat. (bei schwächlichen Kindern wäre das für gewöhnlich doch etwas zu viel. Ref.) Das Kind genas nach 14 Tagen und ist jetzt blühend und gesund. E. K. (Qu.)

Perkowski: Ueber örtliche Anästhesie und örtlich-anästhesirende Mittel. (Medicin. Bericht aus dem Ujäsdowschen Militär-Hospital in Warschau. Медицинскій Сборникъ Варшавскаго Уяздовскаго военнаго Госпиталя. Годъ I. Выпускъ II.)

Die Abhandlung Perkowski's ist auf Verfügung des Warschauschen Kreis-Militär-Medicinal-Inspectors verfasst worden. — Verf. hat in seiner Stellung als Chirurg beim Ujäsdow'schen Kriegshospital Versuche von örtlicher Anästhesie mit den bekannten Mitteln, als Compression, Electricität, Kälte, Aether, Bromaethyl und schliesslich Cocain angestellt und giebt mithin, bei Beachtung der entsprechenden Literatur einen Bericht über das Resultat seiner Versuche. Beim Cocain hält Verf. sich länger auf, bespricht dasselbe genauer. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Von allen örtlich-anästhesirend wirkenden Mitteln ist das einfachste und wirksamste — Cocain in Lösung, wobei zu erwähnen ist, dass der Effect von Einspritzung der Cocain-Lösung unter die Haut erhöht wird durch vorher hervorgebrachte allgemeine Blutleere mittelst der Essmarch'schen Binde. — Bromaethyl ist sehr anwendbar beim Gebrauch des Thermocauters. — Die Richardson'sche Methode ist dem Cocain vorzuziehen bei allen kleinen Operationen in entzündetem Gewebe, wo Cocain keine Wirkung äussert, z. B. Durchschneiden eines Furunkel etc. — Cocainlösung ist in einer 2%—10%igen Lösung zu gebrauchen. Auf die unverletzte Haut hat Cocain keine Wirkung, auf das entblösste Corium wirkt es wie auf Schleimhäuten. In Form von Injectionen unter die Haut (2,5%—4,5%) in der Menge von 1 Grm. Lösung, und zwar in etlichen Dosen, bewirkt Cocainlösung eine Anästhesie im Umkreise von 2—3"; die Wirkung tritt ein nach 5—15 Minuten und hält 40—70 Minuten an. In blutreichem Gewebe tritt leicht ein Oedem ein. — Zum Zweck der Desinfection des Cocain ist es gut eine 2% Carbolsäurelösung zuzufügen. (Cocain muriat. 0,25, Acid. carbol. 0,20, Aqu. dest. 10,0). Eine Verbindung von Cocain mit Morphium in Lösung als Einspritzung unter die Haut ist vortheilhaft, da weniger Cocain zur Erreichung der Wirkung nöthig ist und die Kosten sich billiger stellen. Ein Grm. Lösung von: 0,025 Cocain. muriat., 0,02 Morph. und 0,02 Acid. carbol. — kostet 3 Cop. (in der Apotheke kostet 0,06 Grm. Cocain 10 Cop., 0,06 Grm. Morph. 3—4 Cop. Als Gegenmittel bei Cocainvergiftung dienten Amylnitrit und alle Mittel, die Blutcongestion zum Kopf hervorrufen. —i—

Vermischtes.

— Der medicinischen Facultät der Dorpater Universität steht wieder der Verlust einer tüchtigen Lehrkraft bevor: Der Professor der speciellen Pathologie und Therapie, Dr. Friedrich Schultze, hat einen Ruf an die Universität Bonn als Nachfolger des jüngst verstorbenen Prof. Rühle erhalten und gedenkt demselben Folge zu leisten.

— Der bisherige Professor der vergleichenden Anatomie, Embryologie und Histologie, Dr. Emil Rosenberg, hat bereits Dorpat verlassen und sich an seine neue Wirkungsstätte, die Universität Utrecht, begeben.

— Von der St. Petersburger städtischen Hospital-Commission ist neuerdings ein *zweiter Concurs zur Besetzung des neucreirten Amtes eines Docenten für Hautkrankheiten an der Ssuworow-Hebammenschule* beim städtischen Kalinkin-Hospital ausgeschrieben worden, da die 3 Candidaten, welche sich zum ersten Concurse gemeldet hatten, von der Concurscommission nicht für geeignet anerkannt wurden (cfr. diese Wochenschr. 1888, № 29, S. 239). Bezüglich der Concursbedingungen, welche unverändert geblieben sind, verweisen wir auf № 8, S. 73 dieses Jahrganges unserer Wochenschrift, wo wir dieselben ausführlich mitgetheilt haben. Der letzte Termin für die Anmeldung und die Vorstellung der Documente und wissenschaftlichen Arbeiten ist auf den 1. October d. J. festgesetzt. Die Eingaben sind auf den Namen des Vorsitzenden der städtischen Hospital-Commission, Wladimir Alexandrowitsch Ratkow-Roshnow, im Gebäude der St. Petersburger Stadtduma einzureichen.

— Beim hiesigen *Marienhospital* (Liteiny-Prospect), einem der ältesten der Petersburger Krankenhäuser, welches bekanntlich zum Ressort der IV. Abtheilung Sr. Majestät Eigenen Kanzlei gehört, werden in nächster Zeit einige Reformen eingeführt werden, mit welchen erfreulicher Weise auch eine Aufbesserung der Gagen der Aerzte verbunden ist. Der Oberarzt dieses Hospitals erhält den Titel «Director» und wird eine Gage von 3000 Rbl. jährlich (statt der bisherigen 1800 Rbl.) beziehen. Die Zahl der etatmässigen Aerzte wird um einen älteren Ordinator vermehrt und werden die Gagen der älteren und jüngeren Ordinatoren ebenfalls erhöht. Zum Besten der ausseretatmässigen Aerzte, welche keine Gage beziehen, werden aus den Mitteln des Hospitals 3000 Rbl. jährlich angewiesen werden. Die Gage des Prosectors wird von 600 Rbl. auf 2000 Rbl. erhöht.

— Am *hiesigen Hebammeninstitut* (Fontanka 142) werden auch in diesem Jahre *unentgeltliche Specialcurse über Geburtshülfe und Gynäkologie für Aerzte* abgehalten werden. Die Zahl der Theilnehmer ist, entsprechend dem klinischen Material des Instituts, auf 28 beschränkt. Die Gesuche sind bis zum 15. September d. J. auf den Namen des Directors und Professors des Instituts, wirkl. Staatsraths J. F. Balandin, an das Comptoir des Instituts (въ контору Повивальнаго Института, Фонтанка № 142) zu senden. In demselben muss Zeit und Ort der Absolvirung des medicinischen Studiums, sowie der bisherigen ärztlichen Thätigkeit und die genaue Adresse angegeben werden.

— *Ordensverleihungen*: *Der Weisse Adlerorden*: dem berathenden Mitgliede des Medicinalrathes des Ministeriums des Innern, Geheimrath Dr. Balinski. *Den St. Annen-Orden I. Classe*: dem stellv. Gouvernements-Medicinal-Inspector von Kurland, wirkl. Staatsrath Dr. Muhlert.

— *Verstorben*: 1) und 2) Am 5. Juli im Gouvernement Smolensk der frühere Inspector der Medicinalverwaltung von Smolensk, Dr. F. S.

Sabello, im 90. Lebensjahre. An demselben Tage und fast um dieselbe Stunde starb sein Bruder K. S. Sabello im 84. Lebensjahre. Beide Brüder waren noch Zöglinge der ehemaligen Universität in Wilna. Jetzt ist nur noch ein Zögling dieser Universität am Leben, und zwar Dr. Domeiko, welcher Rector einer Universität in Südamerika ist. (Wr.) 3) Der ältere Kreisarzt des Rjasanschen Gouvernements, J. Jarozki. 4) In Sslawuta der Arzt E. Dylewski, welcher der Warschauer Universität ein Capital von 24,000 Rbl. zu Stipendien für arme Studirende vermacht hat. 5) In Riga am 24. August der dortige praktische Arzt Dr. Joh. Brauser im 67. Lebensjahre. Der Verstorbene war in Riga geboren und hatte seine medicinischen Studien in Berlin und Prag gemacht. Brauser war Homöopath. Viele Jahre hindurch ist er Vorstand und Cassirer der dortigen Wilpertstiftung zur Unterstützung hilfsbedürftiger Aerzte, sowie von deren Wittwen und Waisen gewesen. 6) Am 11. August der hiesige Apotheker, wirkl. Staatsrath Mag. pharm. K. Schuppe. Der Hingeschiedene war einige Zeit auch Deputirter der Pharmaceutischen Gesellschaft beim Medicinalrath. 7) In Budapest der Professor der Augenheilkunde, Dr Joseph Fabricius, im 54. Lebensjahre.

— Der berühmte Chemiker Chevreul in Paris hat am 21. Aug. seinen *102. Geburtstag* gefeiert. Die Ovationen, welche die Studirenden ihm darzubringen beabsichtigten, mussten unterbleiben, da man den greisen Gelehrten den unvermeidlichen Aufregungen nicht auszusetzen wagte. — Dass der Aufenthalt in den chemischen Laboratorien dem Organismus doch nicht so schädlich ist, als man annehmen könnte, vielmehr gegen schädliche Einflüsse zu schützen scheint, dafür spricht das hohe Alter, welches viele berühmte Chemiker erreicht haben. Von den jetzt lebenden Chemikern ist Bunsen (in Heidelberg) 77 Jahre alt, Prof. Kopp 71, Prof. A. Hofmann (Berlin) und Fresenius (Wiesbaden) 70 Jahre. Wöhler erreichte ein Alter von 84 Jahren, Dalton von 78, Faraday von 76, Gustav Rose von 75, Regnauld und Berthollet 74, Gay-Lussac 72, Pristley 71 und Liebig von 70 Jahren,

— Aus Paris werden wieder *zwei Todesfälle an der Tollwuth trotz regelrecht ausgeführter Präventivimpfungen* nach Pasteur gemeldet. Der eine Fall betrifft ein 1½jähriges Kind Bertin aus Gentilly (Fabrikstadt im Seinedepartement), der zweite einen 22jährigen Mann mit Namen Guers. Beide wurden bald nach dem Bisse im Institut Pasteur in Paris den Schutzimpfungen unterzogen. Das Kind starb 7 Tage nach Beendigung der Impfungen am 20. Juni, Guers, welcher am 13. Juli gebissen worden war, im „Hospital Necker" am 8. August d. J.

— In der *Odessaschen bacteriologischen Station* hat der Stadtarzt, wie das Blatt „Nowoross. Telegraph" mittheilt, verschiedene Unordnungen und Nachlässigkeiten gefunden: der Stall, in welchem die Hunde gehalten werden, soll einen abscheulichen Gestank verbreiten, die Desinfection des Stalles sowie der Thierleichen eine unzureichende sein u. s. w.

— Der bacteriologischen Station in Odessa ist der „Odessaer Ztg." zufolge ein grosses *Unglück bei der Einimpfung der sibirischen Pest an Schafen* zugestossen. Von 4700 dem Cherssonschen Gutsbesitzer Pankejew gehörigen Schafen, an welchen seitens der genannten bacteriologischen Station diese Schutzimpfungen gegen die sibirische Pest vorgenommen wurden, sind nach 12 Stunden von der ganzen Heerde nur noch 300 Stück übrig geblieben. Der Besitzer der Schafe, welcher einen Schaden von 25—30,000 Rbl. erleidet, soll eine Klage auf Schadenersatz gegen die bacteriologische Station einreichen wollen. Man nimmt an, dass durch einen Irrthum statt der ersten die zweite stärkere Vaccine zur ersten Impfung verwandt worden sei.

— Pasteur hat in der Sitzung der Academie der Wissenschaften vom 20. August eine ihm zugegangene Denkschrift des russischen Arztes Gamaleia verlesen, welcher früher in Pasteur's Laboratorium gearbeitet hat und jetzt in Odessa lebt, inhalts welcher derselbe nach langen Versuchen die Schutzimfung gegen die asiatische Cholera gefunden zu haben glaubt. G. hat seine bezüglichen Versuche genau nach demselben Verfahren ausgeführt, das in Pasteur's Laboratorium angewandt wird. Dass es R. Koch, dem Entdecker des Cholerabacillus, nicht gelungen ist, durch Einimpfung desselben die Cholera auf Thiere zu übertragen, dafür liegt der Grund nach G. darin, dass die Ansteckungskraft des Bacillus eine zu schwache gewesen wäre. Deshalb habe er selbst es unternommen, dieselbe durch wiederholte Uebertragung von einem Thiere auf das andere zu verstärken. So blieb die Impfung mit dem Naturbacillus bei einer Taube und einem Meerschweinchen erfolglos, tödtete aber die Taube, nachdem man zuerst das Meerschweinchen und dann mit dessen Blute die Taube geimpft hatte. Während das Meerschweinchen gesund blieb, fand G. im Blute der Taube dann aber die Bacillen wieder. Mit dem Blute dieser Taube konnte er dann sowohl Tauben wie Meerschweinchen die Cholera einimpfen. Auf solche Weise will somit Gamaleia 2 Sorten von «Choleragift» erlangt haben, ein stärkeres und ein schwächeres. Bei seinen weiteren Versuchen habe sich dann herausgestellt, dass mit dem schwächeren Gift geimpfte Tauben, wenn sie später mit dem stärkeren Gift geimpft wurden, gegen die Krankheit unempfindlich blieben, dass also bei diesen Thieren eine Schutzimpfung möglich war. Derselbe Versuch wurde auch bei Meerschweinchen ausgeführt, und da er auch hier in derselben Weise gelang, so glaubt Gameleia, dass seine Schutzimpfung auch auf Menschen anwendbar sein müsse. Er bietet sich an, nach Paris zu kommen, um dort seine Versuche vor einer wissenschaftlichen Commission zu wiederholen, ebenso erbietet er sich, in ein von der Cholera heimgesuchtes Land zu reisen und die Wirkung seiner Schutzimpfung sogar an sich selbst zu versuchen. — Auf Vorschlag Pasteur's hat dann auch die Academie Herrn Gamaleia auffordern lassen, behufs weiterer Versuche nach Paris zu kommen. Seine Denkschrift ist der Commission des »Preises Bréant« überwiesen worden, der für ein wirksames Choleramittel ausgesetzt ist und 200,000 Franken beträgt.

— Pasteur benutzt übrigens die angebliche Entdeckung des russischen Arztes, deren Richtigkeit nach den Erfahrungen, die bisher mit der Pasteur'schen Schutzimpfungsentdeckung gegen die Tollwuth gemacht worden sind, abzuwarten bleibt, zu folgendem kleinlichen Ausfall gegen Deutschland und R. Koch. Nach dem «Gaulois» sagte er zu einem Berichterstatter desselben: Diese Entdeckung bedeutet die Kaltstellung (aplatissement) Deutschlands. Der Dr. Koch, der seinerseits auf der Londoner Versammlung über mein System urtheilte: «Dasselbe ist zu schön, um wahr zu sein», muss heute zugestehen, dass er sich getäuscht hat. Nachdem er lange das Augenscheinliche geläugnet, verschanzt er sich heute hinter dem armseligen Einwurf, mein Verfahren sei praktisch nicht anwendbar. Der Geist der Mannszucht ist so starr in Deutschland, dass er die Bemühungen deutscher Gelehrten nach dieser Richtung vereitelt hat. Sie sind wüthend auf Koch, der ihr Vordermann und die Veranlassung ist, dass sie Frankreich in Sachen der Heilung der Wuthkrankheit untergeordnet sind. Ja, Koch hat Alles bestritten, die Erfolge meiner Arbeiten über die Cholera bei Hühnern, über die Pestblattern und über die Hundswuth. Heute nun liegt eine neue, aus meinem System hervorgegangene Entdeckung vor, und es ist nicht ein Deutscher, der das Impfmittel gegen die asiatische Cholera gefunden hat, sondern ein Russe. Das zeigt wieder einmal, dass die Russen und Franzosen Hand in Hand marschiren. Man kann schon jetzt behaupten, dass der Erfolg dieses Impfmittels gesichert ist». (Allg. med. Centr.-Ztg.)

— In Anbetracht dessen, dass die hiesigen Stadttheile Staraja und Nowaja Derewnja sehr entfernt von allen Hospitälern liegen und sich in einzelnen Jahreszeiten überhaupt keiner ärztlichen Hilfe erfreuen, beabsichtigen, wie der «Pet. Listok» meldet, die dortigen Hausbesitzer bei der St. Petersburger Kreislandschaftsversammlung darum nachzusuchen, dass in Staraja und Nowaja Derewnja eine Sanitätsstation eröffnet werde, in welcher an bestimmten Tagen Patienten ambulatorisch behandelt und ihnen unentgeltlich Medicamente verabfolgt werden. (St. Pet. Ztg.)

— Die *Cholera* ist an Bord des Transportschiffes India unter den in Mozambique eingeschifften Soldaten ausgebrochen. Von 38 Erkrankten sind 24 in den ersten 2 Tagen der Krankheit erlegen.

— Der Medicinalrath, sowie das Ministerium der Volksaufklärung haben, wie Med. Obsr. mittheilt, auf Grundlage der Allerhöchsten Erlaubniss kein Hinderniss für den Eintritt von Personen weiblichen Geschlechts als Lehrlinge in den Apotheken gefunden, wobei folgende Bedingungen zu erfüllen sind. Sie müssen ein Zeugniss über die Kenntnisse des Cursus der 4 Gymnasialclassen und der lateinischen Sprache beibringen und müssen 1) nach Beendigung ihrer praktischen Beschäftigung in Apotheken laut §§ 485 und 489 XIII Bd. der Gesetzsammlung das Examen an einer medicinischen Facultät oder der medico-chirurgischen Academie ablegen, wo sie auch den Grad eines Apothekergehülfen oder Provisors erlangen und 2) laut §§ 486 und 402 desselben Statuts die zur Ablegung der obenerwähnten Examina nöthigen Kenntnisse in den allgemeinen Naturwissenschaften (Mineralogie, Botanik, Zoologie, Chemie, Physik) und den speciellen medicinischen Fächern (Pharmakognosie, Pharmacie, Pharmakologie, und erste Hülfeleistung bei plötzlichen Erkrankungen) privatim (!) sich aneignen; 3) die Apotheken mit weiblichen Lehrlingen dürfen keine männlichen haben.

Das Medicinaldepartament hat den Medicinalverwaltungen hierüber Mittheilung gemacht, damit sie sich bei der Bewillung von einschlägigen Gesuchen der Apotheker und Lehrlinge darnach richten und dass sie im Laufe der gesetzlichen, 3—5jährigen Lehrlingszeit für die Eröffnung, laut Verordnung, von privaten Cursen sich interessiren, in welchen die zur Erlangung der pharmaceutischen Grade nöthigen Kenntnisse erworben werden können. Das Ministerium der Volksaufklärung hat dem Medicinaldepartemant mitgetheilt, dass nur in der lateinischen Sprache nach dem Programme der vier ersten Classen der Knabengymnasien geprüft werden solle und zwar entweder in männlichen Gymnasien oder Progymnasien oder bei den in den Lehrbezirken bestehenden Examinationscomités.

— Vor Kurzem ist in der «Gesetzessammlung» das Statut der neuen russischen medicinischen Gesellschaft in Warschau veröffentlicht worden. Wirkliche Mitglieder können, ohne Wahl, alle Professoren der medicinischen Facultät werden, mit Wahl alle russischen Aerzte; sie zahlen einen jährlichen Beitrag von 5 Rubeln, an Stelle dessen eine einmalige Zahlung von 50 Rubeln treten kann. Zu Gönner-Mitgliedern (члены-соревнователи) können sowohl Russen, als auch Ausländer gewählt werden, welche gewillt sind, die Gesellschaft durch die Zustellung nöthigen Materials, durch Ausführung von Aufträgen, Stiftungen und dergl. zu unterstützen. (Med. Obsr. 12.)

— L. Carlsen hatte Gelegenheit einen Fall zu beobachten, wo das in unserer Zeit moderne Hypnotisiren zum Vergnügen ernste Ungelegenheiten verursachte. Ein junger Mann wurde von seinem Schwa-

ger, der Hansen's Vorstellungen beigewohnt hatte, hypnotisirt. Das erste Mal ging alles gut; das zweite Mal wollte es nicht recht gelingen ihn zu erwecken. Er blieb sonderbar wie ein Automat; auf dem Heimwege von der Wohnung des Schwagers wurde er unruhig und benahm sich ganz gestört. In der Nacht schlief er gut, aber noch am nächsten Morgen that er alles auf eine geistesabwesende, automatische Weise und nur, wenn der Schwager es befahl. Er klagte über Kopfschmerzen, konnte nicht alle Fragen beantworten, erkannte wohl seine Verwandten, schien aber sonst die Erinnerung verloren zu haben. Verfasser wurde gerufen, aber als er kam war Pat. vom Schwager durch ein kräftiges «erwache» geweckt worden. Er glaubte sich noch in derselben Gesellschaft zu befinden, wie am Abend vorher, und hatte keine Ahnung von dem, was in der Zwischenzeit passirt war. (Ugeskr. f. Läger. R. 4. Bd. 15. Nordiskt Med. Arkiv. Bd. XIX. № 20). Buch (Willmanstrand).

— *Japan* zeichnet sich durch die *Langlebigkeit* seiner Einwohner aus. Bei der letzten Volkszählung (Januar 1887) betrug die Einwohnerzahl dieses Landes 38,507,177. Von dieser Zahl standen im Alter zwischen 70 und 80 Jahren 1,085,001, zwischen 80 und 90 aber 247,055 Individuen. Hundertjährige gab es 97, und zwar 73 Weiber und 24 Männer. (Allg. med. Centr.-Ztg.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 14. bis 20. August 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
266	197	463	142	40	60	8	1	13	37	31	42	38	31	12	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 15, Scharlach 9, Diphtherie 3, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 45, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 114, Todtgeborene 18.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	12.—18. August	2604	31,6	—	1330	16,2
Paris	2 260 945	12.—18. August	1198	27,5	86	869	20,0
Brüssel	181 270	5.—11. August	94	27,0	8	87	25,0
Stockholm	221 549	5.—11. August	137	32,1	2	87	20,4
Kopenhagen	300 000	15.—21. August	215	37,3	6	118	20,4
Berlin	1 414 980	12.—18. August	917	33,7	35	628	23,1
Wien	800 889	12.—18. August	509	33,0	30	345	22,3
Pest	442 787	5.—11. August	299	35,1	17	247	29,0
Warschau	444 814	12.—18. August	339	39,6	25	273	31,9
Odessa	268 000	12.—18. August	—	—	5	159	30,9
St. Petersburg	732 881	19.—25. August	321	22,7	31	447	31,7

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17. L. Haus 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская, 43, кв. 20.
*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 12, Quart. 22.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5. лин. и Академ. переул., д. 1/6, кв. 21.
Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.
T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул., № 23.
Wilhelmine Hensel, В. О. 17 лин., д. № 12, кв. 13.
Августа Федоровна Кауфманъ, по Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22, кв. 9.
Луиза Карловна Мертке, Гороховая ул., д. 42, кв. 28.
И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22, кв. 28.
Amalie Ritter, В. О. 17 л., д. 12, кв. 37.
Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер, д 7, кв. 12.
E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
П. Эйрихъ, Невск. просп. д. 88, кв. 10.
Amalie Schulze, Alexander-Platz H. 6. Qu. 53.
A. Schönfeldt, В. О. 12 лин., д. 17, кв. 2.
Frau E. Kroeger, Офицерская ул., д. 18, кв. 28.
Maria Brüllow, В. О. 6 лин., д. 29, кв. 9.
Ottilie Rupprecht, Гусевъ пер., № 17.

Дозв. ценз. Спб. 2. Сентября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. Th. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 37. St. Petersburg, 10. (22.) September 1888.

Echinokokkus der Niere. Nephrectomie. Heilung.

(Aus meiner Privatklinik).

Von

Dr. A. Knie in Moskau.

Der Versuch bei Echinokokkus der Niere das ganze Organ zu entfernen, ist bisher nur in fünf Fällen gemacht worden. In drei Fällen war die Operation in der Voraussetzung unternommen worden, dass der im Abdomen nachweisbare Tumor eine Ovarialcyste sei, im vierten Falle war Carcinom der Niere und im fünften Nierencyste diagnosticirt worden. In den Fällen von Hinckeldeyn[1]) Thiersch[2]) und Böckel[3]) wurde die Operation der Nierenexstirpation zu Ende geführt. Böckel's Fall allein endete mit Genesung; in zwei Fällen von Spiegelberg[4]) wurde die Operation unbeendet gelassen und zwar wurde durch den Bauchschnitt die Cyste zugänglich gemacht, diese incidirt, ein Theil ihrer Wandungen excidirt und der Rest in die Bauchwunde genäht. Nach langwährender Eiterung genas die Kranke durch Verödung des Sackes. Weniger glücklich war der Ausgang des zweiten Falles, in dem derselbe Operateur mit der Cyste einen Theil der Niere amputirte; die Kranke starb 26 Stunden nach der Operation.

In beiden Fällen von Spiegelberg handelte es sich, obwohl die meisten Autoren diese als Exstirpationen der Nieren citiren, in der That nicht um eine Exstirpation, und sind nur die Fälle von Thiersch, Hinckeldeyn und Böckel, zu denen ich einen von mir noch nicht veröffentlichten Fall hinzufüge, als solche zu betrachten.

Nikanor Gratschew, 4 Jahre alt, ist das einzige Kind gesunder Eltern. Bis zum Februar 1886 ist der Knabe stets gesund gewesen, und ohne dass er je über Schmerzen geklagt hätte, bemerkten die Eltern, dass der Leib ihres Kindes, namentlich linkerseits, sich vorwölbe. Anfangs beachteten sie die Zunahme wenig, doch nahm diese in der letzten Zeit so schnell zu, dass sie, durch die Kurzathmigkeit und Stuhlverstopfung des Knaben beunruhigt, sich an einen Arzt wandten, der dem Knaben Jodpräparate gab.

N. G. wird am 19. Juni 1886 in meine Privatklinik aufgenommen. Pat. ist ein sehr anämischer Knabe mit mässigem Fettpolster. Die linke Seite ist von einem etwa kindskopfgrossen Tumor ausgefüllt, der etwas über die Mittellinie nach rechts reicht; derselbe ist glatt, deutlich fluctuirend, mit den Bauchdecken nicht verwachsen und macht die Zwerchfellbewegungen nicht mit; nach unten und rechts ist er scharf begrenzt, die obere Grenze ist vom Rippenbogen gedeckt. Bei Druck von vorn nach hinten ist der Tumor in der Lendengegend durchzufühlen, seine Beweglichkeit beschränkt. Ueber den Tumor zieht ein bandartiges Gebilde; die Percussion ergiebt absolut gedämpften Ton, welcher in die Milzgegend übergeht. Auscultationsresultat negativ. Respirations- und Circulationsorgane normal. T. 37—37,4, Puls 90—100 in der Minute. Urin sauer, eiweissfrei, keinen Eiter enthaltend, wird täglich im Durchschnitt 550 Ccm. gelassen. Das linke Bein hat weit geringeren Umfang als das rechte. Kein Hinken. Die Maasse des Leibes betragen:

1) Umfang über dem Nabel 59 Ctm.
2) Vom Nabel — Spin. ant. sup. sin. 13 Ctm.
3) Vom Nabel — Spin. ant. sup. dext. 11 Ctm.

Unsere Diagnose lautete: Wahrscheinlich Echinokokkus der linken Niere, vielleicht Hydronephrosis.

Nachdem der Knabe gereinigt, die Bauchdecken und der Rücken gut desinficirt, der Darm durch Ricinusöl und Clystiere entleert, wird am 28. Juni 1886 die Operation vorgenommen, die anfangs nur aus einer Incision des Sackes bestehen sollte. In Narcose wird ein Schnitt von der elften Rippe nach vorn zum äusseren Dritttheil des Poupart'schen Bandes geführt (die kranke Seite wurde durch ein unter die gesunde Seite gelegtes Kissen vorgewölbt) und schichtweise in die Tiefe bis an den Tumor gedrungen, dieser incidirt, wobei ca. ein Liter strohgelber klarer Flüssigkeit entleert wird. Die in den Sack eingeführte Hand förderte eine grosse macerirte Echinokokkusblase an den Tag.

Da der Versuch, sich darüber Klarheit zu verschaffen, wieviel von der Niere in den Process aufgegangen sei, miss-

[1]) Beiträge Mecklenburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinokokken-Krankheit, herausg. v. Dr. O. Madelung. 1885.
[2]) P. Wagner: Casuistische Beiträge zur Nierenchirurgie. (Deutsche Zeitschr. für Chirurg. Bd. 24, pag. 549).
[3]) Congrès français de chirurgie. II. session, pag. 178.
[4]) Arch. für Gynäkol. Bd. I und III,

ang, so beschloss ich, den Rest der Niere mit dem Sack zu entfernen. Die Exstirpation gelang unter sehr geringem Blutverlust nach allen Richtungen hin, bis wir an das Peritonäum gelangten, das fest mit dem Tumor verwachsen war. Bei unseren Manipulationen, das Peritonäum zu lösen, rissen wir es ein; sofort wurde die Oeffnung durch die Naht geschlossen, doch war das vergebliche Mühe, denn beim Weitervordringen wurde die Oeffnung in demselben immer grösser, und da der Knabe collabirte, musste ich mit der Beendigung der Operation eilen. Mit einigen seichten Messerzügen trennte ich einen oberflächlichen Theil des Sackes vom Colon und jetzt gelang es leicht die Gefässe und den Ureter zu isoliren und getrennt zu unterbinden.

Der Knabe war während dessen pulslos geworden und mussten noch auf dem Operationstisch zwei Aetherinjectionen gemacht werden. Tamponade der ganzen Höhle mit Jodoformmarly und antiseptischer Verband um den ganzen Leib. Der blasse, pulslose Patient wurde in ein warmes Bett gebracht und mit heissem Thee und Wein gestärkt. Es waren kaum zwanzig Minuten vergangen, so hatte sich der Kranke soweit erholt, dass jede ernstere Gefahr für's Erste fern gerückt war. Bis zur Nacht erhielt er 4 Tropfen Tinct. opii simpl. Innerhalb der ersten 12 Stunden liess er 250 Ccm. eiweissfreien Urins. T. 38,4, P. 128, Resp. 60 in der Minute. Erbrechen.

Am 29. Juni: Im Laufe des Tages 6 Tropfen Opiumtinctur, Abends etwas Koth und Gase per rectum. Urin in 24 Stunden 600 Ccm. gelassen, eiweissfrei. T. 38,7, P. 120, R. 70; T. 39, Puls 120, R. 45.

Am 30. Juni: T. 38,2, P. 124, R. 48; T. 37,8, P. 110, R. 32. 4 Tropfen Opiumtinctur.

Am 1. Juli: T. 37,4, P. 108, R. 30; T. 37,4, P. 100, R. 24. 3 Tropfen Opiumtinctur. Der Knabe ist munter und spielt den ganzen Tag.

Am 3. Juli steigt die T. auf 37,7. Erster Verbandwechsel. Der Tampon, der unzweideutig nach Excrementen riecht, wird entfernt und durch einen neuen ersetzt. Die Wunde sieht frisch aus, kein Tropfen Eiter. Täglicher Verbandwechsel.

Am 5. Juli Perforation des Darmes nach aussen. Drainage der Wunde. Ausleerung per Rectum.

Die Wunde wie auch die Darmfistel verheilten jetzt ohne weitere Zwischenfälle und war Pat. Mitte September 1886 völlig genesen.

Der Knabe ist heute voll, kräftig und blühend.

Die exstirpirte Niere wird später näher beschrieben werden und wollen wir hier nur bemerken, dass die Hälfte der Fläche noch in den Process aufgegangen war. Der Echinokokkus war an der vorderen Fläche zur Entwickelung gekommen und hatte in gleicher Weise Mark- wie Rindensubstanz verzehrt.

Nur sehr schwerwiegende Gründe können heute das rechtfertigen, dass wir von der Incision des Sackes zur Nierenexstirpation übergingen. Wohl ist es begreiflich, dass ein Fehler in der Diagnose den Operateur veranlasst, den Sack mit einem noch ansehnlichen Stücke der Niere zu entfernen, nicht aber ist es zulässig, eine halbe Niere zu opfern bei richtig gestellter Diagnose. Ein Mensch mit 1½ Nieren ist sicher bedeutend besser daran, als ein Mensch mit einer einzigen Niere. Wir hatten diesen Grundsatz auch in unserem Falle keinen Augenblick ausser Acht gelassen, müssen aber bekennen, dass wir erst nach der Auslösung des Sackes und des Nierenrestes, nach der Verletzung des Peritonäums, nachdem wir vordem vergeblich versucht hatten uns zu orientiren, den oben angegebenen Befund constatiren konnten. Jetzt aber war es zu spät, die Niere mit dem Sack zu reponiren, denn der Kranke war collabirt und die Operation musste schnell soweit beendet werden, dass man antiseptisch durch einen Tampon den Schluss der Wunde besorgen konnte.

Nur für den Fall, dass ein grösserer Nierenrest noch vorhanden war, wollten wir uns auf die Incision und Drainage beschränken, sonst erschien uns bei der grossen Schwäche und Anämie des Kranken die Exstirpation die einzig richtige Indication, da sonst die langdauernde Eiterung leicht Erschöpfung zur Folge hätte haben können. Der Einwand, dass die relative Jugend der Echinokokken ein derartiges Verhalten hätte voraussetzen lassen können, ist nicht stichhaltig, denn es ist bekannt, dass wohl ein sehr langsames Wachsthum der Echinokokken im menschlichen Organismus vorkommt, das fast der mittleren Lebensdauer des Trägers gleichkommt, aber ebenso ist es bekannt, dass das harmlose Verhalten der Echinokokken plötzlich in das Gegentheil umschlagen kann, wenn ein äusserer Reiz sie zu raschem Wachsthum veranlasst.

Zum Schlusse erlauben wir uns noch einige Bemerkungen über das Vorkommen der Echinokokken in der Niere und über den Verlauf dieser Erkrankung.

Die Echinokokken wählen die Niere zu ihrer Residenz sehr selten und stets beschränken sie sich nur auf eine Niere. Nur in einem Falle sind beide Nieren als Sitz von Echinokokken beschrieben worden. Davaine macht die Angabe, dass unter 367 Echinokokkencysten 31 Mal die Niere betroffen war, Neisser[5]) unter 983 nur 80 Mal, Madelung[6]) unter 196 Fällen 7 Mal. Mossler[7]) beobachtete innerhalb 20 Jahren 27 Fälle von Echinokokkencysten, darunter nur eine der Niere. — Der Verlauf der Echinokokken-Krankheit ist nicht constant durch einen durch die Bauchdecken palpablen Tumor charakterisirt; es fehlen öfters alle Anhaltspuncte für die richtige Diagnose und bringt erst Perforation der Cyste in das Nierenbecken und Abgang von Echinokokkenblasen Klarheit in das Dunkel des Krankheitsbildes. Mosler berichtete uns vor Kurzem einen solchen Fall, in dem bei sehr schweren Symptomen von Seiten der Niere (zeitweilig) und der Verdauungsorgane die Diagnose erst gemacht werden konnte, als per urethram Echinokokkenblasen abgingen. In der Tiefe der Lumbargegend wurde wohl eine vermehrte Resistenz, aber keine abgrenzbare Geschwulst wahrgenommen.

Vor allen Echinokokkencysten zeichnen sich diejenigen der Niere dadurch aus, dass sie häufig in benachbarte Organe durchbrechen. Bérand fand unter 64 Fällen 48 Mal diese Perforation, deren Prognose sich, je nachdem welches Organ dabei betheiligt, verschieden gestaltet. Aus der nur kleinen Statistik erfahren wir, dass der Durchbruch in die Lungen zweimal beobachtet wurde; beide Kranken gingen zu Grunde. In vier Fällen von Perforation in den Darm genasen drei und einer starb. Vielfach vertreten, doch unbegründet, ist die Ansicht, dass der Durchbruch in das Nierenbecken die günstigsten Chancen biete. Bérand berichtet über 28 Fälle (der 29. kann nicht in Betracht gezogen werden, da er mit Carcinom complicirt war), von denen 9 direct an der Erkrankung zu Grunde gingen; in 6 Fällen wurden die Kranken ungeheilt entlassen, in 7 Fällen war die Heilung sehr fraglich und nur in 6 Fällen war dem zuletzt stattgehabten Abgang der Blasen ein genügend grosser freier Zeitraum gefolgt, um mit Wahrscheinlichkeit sagen zu können, dass definitive Heilung erfolgt sei.

Ein Fall von Oesophagostomie wegen Speiseröhrenkrebs. — Heilung.

(Aus meiner Privatklinik).

Von

Dr. A. Knie in Moskau.

In meinem Bericht[1]) über die Behandlung der krebsigen Oesophagusstrictur, in dem ich über 13 Fälle von Gastrostomie mit 10 sog. Heilungen Mittheilung machte, habe ich mich bemüht die Indication für die Gastrostomie einzu-

[5]) Neisser 1877.
[6]) Madelung, l. c.
[7]) Deutsche med. Wochenschr. 1886, № 7 und 8.
[1]) Клиническ. наблюден. изъ Хирургическ. лѣчебниц. Д-ра А. Кни. Хирургическ. Вѣстн. 1886.

schränken, indem ich den Nachweis zu liefern suchte, dass den Kranken mit der Eröffnung des Magens wenig gedient ist, wenn sie bald darauf an Perforation in andere Organe, an Krebsmetastasen oder an Krebscachexie zu Grunde gehen. Die Todesursache der meisten an Oesophaguskrebs Leidenden ist eben nicht Inanition. — Ich würde die Gastrostomie ganz verwerfen und mich darauf beschränken, meine Kranken durch Nährclystiere und Nährsonden den Rest ihres traurigen Daseins fristen zu lassen, wenn die ersteren für kräftige Kranke mit Lebensmuth und Nahrungsbedürfniss nicht sehr Unvollkommenes leisteten, die letzteren aber immer vertragen werden würden. Neben guten Erfolgen haben wir Kranke mit permanenter Sonde dauernd abmagern sehen, andere fiebern.

Wer häufig Gelegenheit gehabt hat, die Parallele ziehen zu können zwischen den Resultaten der Gastrostomie und denjenigen anderer Behandlungsmethoden, wird gewiss keinen Augenblick anstehen, überall, wo es sich voraussetzen lassen wird, dass der Kranke noch einige Hungertage mit Hülfe von Nährclystieren wird ertragen können, diesem die zweizeitige Gastrostomie auszuführen. In solchen Fällen bleibt sie eine werthvolle Hilfsquelle.

Was die Gastrostomie den Kranken bei Oesophaguskrebs im unteren und mittleren Dritttheil bietet, das bietet die Oesophagostomie in Fällen, in denen die Erkrankung ihren Sitz im oberen Dritttheil hat. Wir möchten im Gegensatz zu Anderen behaupten, dass die Oesophagusfistel der des Magens bedeutend vorzuziehen sei und dass die Indicationen für die erstere bedeutend weiter zu stellen sind. Schon der Umstand allein, dass die Kranken gleich nach Eröffnung des Oesophagus in ausreichendster Weise ernährt werden können, muss dieser vor jener den Vorzug einräumen. In technischer Hinsicht wüsste ich wirklich nicht, für welche mich zu entscheiden; Schwierigkeiten könnten nur in dem Falle entstehen, wenn sich bei der Operation herausstellen sollte, dass die Strictur sich unterhalb der uns am Halse zugänglichen Partie des Oesophagus erstrecken sollte. Es bliebe dann wohl kaum Anderes zu thun übrig, als von der Eröffnungsstelle des Oesophagus den Versuch zu machen, einen Verweilcatheter durch die Strictur zu legen, oder aber zur Gastrostomie überzugehen.

Ist auch der Sitz des Carcinoms im oberen Dritttheil verhältnissmässig seltener, so kann damit (1:2) die geringe Anzahl der Oesophagostomien nicht erklärt werden. Die Statistik von König [2]) weist nur 18 Fälle auf, die Zahl der Gastrostomien hatte aber schon um dieselbe Zeit fast das erste Hundert erreicht, wobei noch das nicht zu vergessen ist, dass die Oesophagostomie bedeutend älter als die Gastrostomie ist. Wir glauben, dass der grösste Theil der Chirurgen von einem Vorurtheil gegen die Eröffnung des Oesophagus befangen ist, und erlauben uns daher eine einschlägige Krankheitsgeschichte mitzutheilen, die dazu beitragen soll, die etwas stiefmütterlich behandelte Operation in ein besseres Licht zu stellen.

In unserem Falle handelte es sich um eine Kranke, die so heruntergekommen war, dass ich nicht gewagt hätte, ihr die Gastrostomie zu machen. Das Resultat war ein so günstiges, wie die Gastrostomie es nur in den wenigsten Fällen aufzuweisen hat.

Frau P. S., aufg. am 26. Juni 1886, Beamtenfrau, 54 J. alt, ist seit 30 Jahren verheirathet und hat dreimal geboren. Pat. ist immer nervös, blutarm und mager gewesen, doch immer soweit gesund, dass sie ihrem Hausstande vorstehen konnte. Im November 1885 erkrankte sie an einer Angina, die lange nicht vergehen wollte; im Januar 1886 fühlte sie Schluckbeschwerden, die durch eine Cyste (?) des Kehldeckels bedingt gewesen sein soll. Die Schluckbeschwerden nahmen zu, und es musste die Cyste eröffnet werden, doch ohne Erfolg. Nach einiger Zeit wurde eine zweite Cyste entdeckt und eröffnet, doch die Schluckbeschwerden blieben nicht nur in gleicher Weise bestehen, sondern steigerten sich allmälig soweit, dass im Mai feste Speisen nicht mehr geschluckt werden konnten. In den letzten zehn Tagen musste sie durch die Sonde ernährt werden.

Pat. ist sehr abgemagert, anämisch und so von Kräften gekommen, dass sie kaum über das Zimmer gehen kann. Eine Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel ergiebt ein negatives Resultat, ebenso die Digitaluntersuchung und die Palpation des Oesophagus und des Kehlkopfes; etwas auffallend ist der etwas verbreiterte Sagittaldurchmesser des Halses in der Höhe der Cartilag. cricoidea. Die Sonde stösst auf 16 Ctm. von den Schneidezähnen auf ein Hinderniss. Das Einführen einer Sonde № 20 Charrière gelingt, wenn diese von rechts nach links gegen die Strictur dirigirt wird. Lungen und Herz gesund; T. 36,3, Puls 94 in der Minute. Urin in sehr geringer Menge, eiweiss- und zuckerfrei. Unterleibsorgane gesund.

Am 27. Juni 86 wird der Pat., nachdem sie zuvor sorgfältig gereinigt und desinficirt, in der Narcose in typischer Weise die Eröffnung der Speiseröhre gemacht und die Schleimhautränder mit der äusseren Haut vernäht. Da die Pat. mager war, so war die Operation leicht, wir hatten genügend Raum und konnten leicht die Art. thyroidea inf. vor ihrer Durchschneidung doppelt unterbinden. In die mit Schleimhaut ausgekleidete Speiseröhrenwunde wurde ein fingerdickes Gummirohr gebracht und gleich nach dem Erwachen aus der Narcose die Kranke mit Wein, Eiern und Bouillon gekräftigt. Der Verband bestand aus einem feuchten Umschlag mit 1 : 300 Salicylsäure. Abends T. 38. Puls 100.

Am 28. Juni: Ernährung wie oben alle drei Stunden. T. 37,7, P. 100 — T. 41, P. 110. Es werden die Nähte entfernt.

Am 29. Juni: T. 37,5, P. 90 — T. 37,9, P. 108.

Am 30. Juni: T. 36,9, P. 100 — T. 36,8, P. 100.

Pat. blieb bei uns bis zum 12. Juli 1886 und bedeutend gekräftigt konnte sie nach Hause gehen.

Im August stellten sich Athembeschwerden ein, die bald eine Tracheotomie nothwendig machten. Trotzdem nun der Tumor sichtlich wuchs, fühlte sich Pat. wohl und nahm zu. Im Juli 1887 trat zum ersten Mal eine ziemlich starke Blutung aus der Trachealfistel ein, die sich mehrfach wiederholte und am 12. October 1887 (also fast 16 Monate nach der Operation) erlag Pat. einer solchen.

Referate.

E. V. Pallin: Einige Worte über sog. Pseudo-Rheumatismus in Folge von Ueberanstrengung. (Eira 1887. S. 33. Nordiskt Med. Arkiv. Bd. XIX. № 20).

Verf. beschreibt 3 Fälle, welche alle das gewöhnliche Bild des acuten Gelenkrheumatismus (geschwollene und schmerzhafte Gelenke, Fieber, in einem Falle leichtes Blasen beim ersten Herzton) darboten, ohne aber im Geringsten durch hohe Dosen salicylsauren Natrons beeinflusst zu werden. Erst durch Massage der Gelenke und roborirende innerliche Behandlung wurden sie hergestellt. Sowohl auf Grund der Behandlung, wie des aetiologischen Momentes, Ueberanstrengung, die sich in allen 3 Fällen vorfand, ist Verf. der Ansicht, diese Krankheitsfälle nicht zu dem gewöhnlichen acuten Gelenkrheumatismus rechnen zu können. Buch (Willmanstrand).

v. Ehrenwall: Bursa pastoris. (D. Med. Ztg. 1888. № 26).

Verf. macht auf die eminent styptische Eigenschaft dieser Drogue aufmerksam. Verf. hat das Mittel bei den verschiedensten inneren Blutungen angewandt, «hauptsächlich bei Lungenblutungen, chronischen Nierenblutungen und solchen Gebärmutterblutungen, welche die Darreichung neuerer Mittel rechtfertigen», wobei sich eine Superiorität dieses Mittels gegenüber dem Secale zeigte.

Es wird als Thee aus frischem (getrocknetes Kraut wirkt nicht) Kraute («eine halbe Handvoll zu zwei Tassen») getrunken, und zwar Morgens und Abends 2 Tassen. Späterhin hat auf seine Empfehlung der Apotheker Bombelon ein Fluidextract dargestellt, wovon tägl. 3—4 Theelöffel, mit Wasser gemischt, dieselbe Wirkung wie 4 Tassen des Thees haben. Das wirksame Princip sei wahrscheinlich eine Säure Acidum bursinicum. Die Erklärung der Wirkungsweise bewegt sich für's Erste noch in Vermuthungen und beabsichtigt Verf. weitere Untersuchungen. N.

---

[2]) König: Krankheiten des unteren Theiles des Pharynx und Oesophagus. Deutsche Chirurgie 1880.

Max Scheier: Der Kehlkopfkrebs und die Resultate seiner Behandlung. (Separat-Abdruck aus der «Deutschen med. Wochenschrift» 1888, № 23.)

Verf. hat aus verschiedenen Quellen eine Statistik von 125 Fällen von Krebs des Larynx und dessen Behandlung vom Jahre 1880 an gesammelt und sie in 6 Tabellen zusammengestellt. Da diese sehr umfangreich sind, weil jeder einzelne Fall mit Angabe der Quelle notirt ist, hat Ref. die Tabellen in eine einzige vereinigt, wodurch eine rasche Uebersicht möglich wird.

Resultate der Behandlung.	Tabelle 1. Fälle, in welchen *kein chirurg. Eingriff* geschehen.	Tabelle 2. Fälle, in denen die *Tracheotomie* gemacht wurde.	Tabelle 3. Fälle, in denen die *Laryngotomie* und die *Exstirpation des Tumors* ausgeführt wurde.	Tabelle 4. Fälle, in denen die *partielle Kehlkopfexstirpation* vorgenommen wurde.	Tabelle 5. Fälle, in denen die *totale Exstirpation* des Larynx vorgenommen wurde.	Tabelle 6. Fälle, in denen die *endolaryngeale* Operation gemacht wurde.	Summa der Fälle.
Tod in den ersten 14 Tagen .	—	7 = 41,2 %	3 = 33,3 %	2 = 8,7 %	18 = 26,5 %	—	30 (24 %)
Tod nach 3—6 Wochen .	—	—	—	3 = 13,0 %	5 = 7,1 %	—	8 (6,4 %)
Recidive	4 = 100 %	7 = 41,2 %	3 = 33,3 %	5 = 21,7 %	17 = 25,0 %	—	36 (29,0 %)
Tod an intercurrenten Krankheiten	—	—	—	—	6 = 8,8 %	1 = 25 %	7 (5,6 %)
Unsicher geheilte (zu kurze Beobachtungszeit) . . .	—	2 = 12,2 %	2 = 22,2 %	8 = 34,8 %	13 = 19,0 %	2 = 50 %	27 (21,6 %)
Sicher geheilte Fälle . . .	—	1 = 6,1 %	1 = 11,1 %	5 = 21,7 %	9 = 13,0 %	1 = 25 %	17 (13,6 %)
	4	17	9	23	68	4	125

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen, die ihrer Knappheit wegen in toto wiedergegeben werden müssen:

1) «Bemerkenswerth ist die grosse Mortalität an der Tracheotomie. Diese ungünstigen Ergebnisse erklären sich wahrscheinlich dadurch, dass die Tracheotomie meistens spät und erst bei eintretender Indicatio vitalis gemacht wird». Die Zahl der Fälle ist jedoch zu klein, um sichere Schlüsse machen zu können.

2. «Es geht hieraus hervor, dass die partielle Kehlkopfexstirpation an sich weniger gefährlich ist, als die einfache, allerdings spät ausgeführte Tracheotomie, und dass sie als Endresultat 56,5 % Heilungen erzielt, von denen die Kritik jedoch als zu früh veröffentlicht noch 35 % abziehen muss».

3. «Was die Recidive anbetrifft, so muss hervorgehoben werden, dass in diesen Fällen die Operation das Leben bis zum Eintritt des Recidivs, also in einem Falle bis 16 Monate, verlängert hat. Hinsichtlich der functionellen Ergebnisse ist in den 5 dauernd geheilten Fällen mindestens eine zwar heisere, aber deutlich wahrnehmbare Stimme erzielt worden».

4. «Aus diesen Zahlen ergiebt sich, dass bei der Totalexstirpation die unmittelbare Gefahr der Operation eine bedeutend grössere ist, als bei der partiellen Resection, dass hinsichtlich der Sicherheit vor Recidiven die partielle Entfernung günstigere Chancen gewährt, als die totale und dass endlich die Zahl der geheilten Patienten auch eine viel grössere bei der partiellen ist, als bei der totalen Larynxexstirpation». N.

L. W. Besser: Die Mikroben der Septhämie. (Wr. 1888. № 20.)

Verf. kommt nach seinen eigenen 22 Untersuchungen, über deren Detail im Original nachzulesen ist, und nach den aus der Literatur bekannten 18 früheren Untersuchungen zu folgendem Schlusse: «dass die Septhämie, welcher Art auch das Trauma gewesen sein mag, das den Mikroben den Einzug in den Organismus gestattet hat, nicht auftreten könne ohne Streptokokken, deren Lebensthätigkeitsproducte auf die verderblichste Art auf den Organismus einwirken. Was den Ort des Laboratoriums betrifft, in dem diese Producte hergestellt werden, so muss man als solchen, wie es scheint, die Stelle der Primärerkrankung ansehen, denn im Blute zeigen sich die Streptokokken selten und dann auch, wie es scheint, nur in der Agonie». N.

Huchard: Wann und wie soll man Digitalis verschreiben. (Auszug aus der Revue générale de Clinique et de Thérap. Journal des practiciens, Décembre 1887 et Janvier—Avril 1888.) Paris, Leclerc 1888.

Das sehr fesselnd doch etwas weitschweifig geschriebene Werk stellt eine vollständige Monographie über die Digitaliswirkung dar und zerfällt in 4 Kapitel, von denen das erste die physiologische und therapeutische Wirkung der Digitalis, das zweite den Zeitpunct, wann dieses Mittel verschrieben werden muss, das dritte die Art der Verordnung desselben und das vierte die Digitalispräparate selbst behandelt. Es ist unmöglich, aus der Fülle der im vorliegenden Buche vorhandenen interessanten klinischen und therapeutischen Thatsachen auch nur einen kleinen Theil im Referat wiederzugeben; es sei hier nur mitgetheilt, dass hinsichtlich des Gebrauchs der Digitalis für Huchard nur der Zustand des Herzmuskels maassgebend ist und er das Mittel nur bei Asystolie verordnet, während er dasselbe bei allen genügend compensirten Klappenfehlern, sei es Stenose oder Insufficienz, für contraindicirt hält. Die hauptsächlichste Anzeige für die Anwendung der Digitalis besteht in der Hebung der gesunkenen Herzkraft und der verminderten Arterienspannung, doch müsse man nie vergessen, dass „derrière le médicament il faut toujours voir la médication". Einmal kann die Digitalis in starkem Aufguss die Herzschwäche bekämpfen und indirect die Diurese anregen, ein anderes Mal, je nach dem Falle, den Gaben, dem Verabreichungsmodus bald als Herztonicum, bald als Sedativum, bald als Antiphlogisticum wirken.

Wir empfehlen hiermit sehr dieses auf reiche klinische Erfahrungen aufgebaute Werk. Hz.

M. D. van Puteren: Ueber die Mikroorganismen im Magen der Säuglinge. (Wr. 1888. № 21 und 22.)

Bei der Untersuchung über die Magenverdauung bei Säuglingen musste Verf. die Frage, ob nicht Mikroorganismen dabei eine physiolog. Rolle spielten, untersuchen. Diese Frage ist von verschiedenen Autoren behandelt, wobei aber ganz entgegengesetzte Meinungen zu Tage gekommen sind.

Nimmt man die Existenz solcher Mikroorganismen mit physiologischer Bedeutung an, meint Verf., so müssen dieselben 3 Bedingungen erfüllen: 1) müssen sie immer gefunden werden, 2) in einer einigermaassen bedeutenden Quantität, 3) müssen sie die Fähigkeit haben, die genannte physiol. Wirkung auszuführen.

Im Laboratorium des St. Petersburger Findelhauses unter Leitung des Dr. Heydenreich hat Verf. sich an die Untersuchung dieser Fragen gemacht und ist zu folgendem Resultate gekommen. (Die Beschreibung der Experimente, die Tabellen und Zahlen müssen einem Studium des Originals anheim gestellt werden, da sie nicht in den Rahmen unserer Zeitschrift passen).

1. «Im Magen von Kindern der ersten 2 Monate findet sich kein einziger beständiger Mikroorganismus vor, daher ist ihre Existenz dort eine Zufälligkeit».

2. «Die Zahl der Mikroorganismen des Magens steht im directen Verhältniss zur Anzahl derselben im Munde. Daher ist Reinhalten der Mundhöhle als ein wichtiges Mittel gegen den Eintritt der Organismen in den Magen zu betrachten».

3. «Dieses ist um so nothwendiger, da der Magen der Säuglinge in den ersten 2—3 Lebensmonaten wegen geringer Quantität seines Saftes ein geringeres Desinfectionsvermögen gegen die einwandernden Mikroorganismen hat, als der Magen Erwachsener». N.

Ellenberger und Hofmeister: Ueber die Oxynaphtoësäure und ihre physiologische Wirkung. (Separatabdruck aus der Deutsch. Zeitschr. f. Thierchemie und vergleichende Pathologie. Bd. XIII).

Die antiseptischen Eigenschaften dieses in zwei Modificationen, der α- und β-Säure, zuerst von Rud. Schmidt in Dresden dargestellten Körpers, wurden von den Verfassern nach der Methode von Jalan de la Croix festgestellt. Gemessene Mengen Fleischwasser wurden mit abgewogenen Mengen der freien Säuren oder mit gemessenen Mengen der Natronsalzlösungen, von bestimmtem Gehalt, versetzt, nach dem Princip des homöopathischen Potenzirens verdünnt und während 3 Tage im Brütofen auf 37—42° erwärmt. Stets gelangte auch eine Controllflüssigkeit in den Brütofen. Am dritten Tage wurden aus denjenigen Lösungen, in denen sich weder Fäulnisserscheinungen noch Bacterien nachweisen liessen, einige Tropfen in sterilisirtes Fleischwasser transplantirt und nach weiteren 3 Tagen mikroskopisch auf Bacillen geprüft.

Die Säure löste sich in den Fleischflüssigkeiten nicht auf. Sie verlieh denselben einen eigenthümlichen, jedoch schwachen Geruch.

In frischen Fleischflüssigkeiten verzögerte die α-Oxynaphtoësäure die Entwickelung der Fäulnissbacillen bei einer Verdünnung von 1:20000; nach 48 Stunden traten Fäulnisserscheinungen ein. Bei Verdünnung von 1:2500 war nach 7 Tagen noch keine Fäulniss bemerkbar. Bei vorher gekochtem Fleischwasser trat eine Fäulnisshemmung bei einer Verdünnung von 1:1200 ein.

Das Fortpflanzungsvermögen der aus der Luft in das Fleischwasser fallenden Bacterien wurde gehindert bei Verdünnung 1:1200, wie die Transplantationsversuche ergaben.

Stücke der Magen- und Darmwand, sowie Fleischstücke in Säure- und Salzlösungen und in Wasser gebracht, gingen nach Zusatz von Oxynaphtoësäure nicht in Fäulniss über.

Das Natronsalz hemmte die Fäulniss erst bei 1:400, bei dieser Verdünnung trat nach 7 Tagen die Fäulniss ein. Das Fortpflanzungsvermögen der Bacillen wurde bei 1:300 vernichtet.

In mit Fäulnissbacterien inficirtem Fleischwasser hob die α-Oxynaphtoësäure die begonnene Fäulniss bei 1:600 auf. Die Tödtung der Bacterien fand bei 1:300 statt.

Das Natronsalz kann eine beginnende schwache Fäulniss überhaupt nicht aufheben; wohl aber hemmen.

Bereits bestehende starke Fäulniss wurde durch die Säure gehindert und die Bacterien getödtet bei einer Verdünnung von 1:300. Das Natronsalz konnte eine starke Fäulniss nicht hindern und die lebhaft sich bewegenden Bacillen nicht tödten. Nur eine gewisse Hemmung im Fäulnissvorgange war zu constatiren.

Das Verhalten der Säure zu Pepsin wurde in mit Extracten der Magenschleimhaut hergestellten und mit Salzsäure versetzten Verdauungsflüssigkeiten ausgeführt. Es zeigte sich, dass 1% α-Oxynaphtoësäure die Wirkung des Magensaftes nicht hindert. Demnach sind Verdauungsstörungen durch die Säuren bei innerlicher Anwendung nicht zu befürchten.

Die andere Modification der Säure, die β-Naphtoësäure und ihr Natronsalz, verhalten sich in ihren antiseptischen Wirkungen der α-Säure und ihren Salzen gleich.

Die gährungswidrige Wirkung der α-Oxynaphtoësäure wurde im Laboratorium des Dr. F. v. Heyden Nachfolger geprüft und theilen die Verf. die Versuchsresultate mit. Aus ihnen ergiebt sich, dass 0,05—0,07 Grm. α-Oxynaphtoësäure dieselbe Menge Hefepilze tödten, als 0,3 Grm. Salicylsäure. Erstere ist demnach fünfmal wirksamer, als ein gleiches Gewicht Salicylsäure.

Thierversuche an Kaninchen, Hunden und Schafen angestellt, zeigten, dass bei Darreichung sowohl nicht vollkommen gereinigter, als auch gereinigter Säure in Pillenform erstere sterben, wenn sie in 3 auf einander folgenden Tagen 0,5, 1,0 und 1,5 Grm. erhalten hatten. Der Tod trat bei einem Kaninchen unter Krämpfen und Durchfall rasch ein, bei einigen anderen langsamer. Die Section ergab partielle Magen- und Darmentzündung und Lungenödem. Wurden die Dosen in grösseren Zwischenräumen gegeben, so trat bei einer Steigerung bis zu 3 Grm. pro dosi in 1 Falle Unruhe des Thieres ein und wurde der Koth reicher, in Folge dessen der Versuch abgeschlossen wurde; mehrere andere Kaninchen jedoch wurden bei 2,5 Grm. pro dosi etwas matt, zeigten verminderte Fresslust, erholten sich aber sämmtlich rasch wieder. Bei Steigerung der Dosis auf 3,0 Grm. starb das Thier in 24 Stunden nach der Verabreichung. Die wesentlichsten Krankheitssymptome bestanden in grosser Mattigkeit und starkem Durchfall. Die Section ergab: Gastro-Enteritis, Hyperämie aller parenchymatöser Organe, Lungenödem und Nephritis.

Die Wirkung der β-Säure ist viel schwächer. Erst bei 4,0 Grm. trat ein leichtes Unwohlsein, aber noch nicht der Tod ein.

Von dem oxynaphtoësauren Natrium, welches die Verf. durch Lösen der Säure in Natronlauge herstellten und in Lösungen von 1:25 anwandten, erhielt ein Kaninchen 1,5 Grm. Dasselbe starb beim Eingeben. Section: Lungenödem; Medicament zum Theil in den Bronchien.

Ein 25½ Kilo schwerer Hund erhielt bis zu 3,0 Grm. Es trat Absinken der Innentemperatur, Abgeschlagenheit und verminderte Fresslust ein. Im sauer reagirenden Harn fand sich Eiweiss, aber keine Oxynaphtoësäure. Am nächsten Tage war der Zustand des Thieres normal.

Ein 15,7 Kilo schwerer Pudel erhielt bis zu 4,0 Grm., bei welcher Dosis die Erscheinungen einer leichten Stomatitis und Gastritis, Speichelfluss, Erbrechen, Durchfall, Ansteigen der Temperatur um 1,5°, Appetitlosigkeit, Zittern, Frostschauer eintraten. Am nächsten Tage Besserung. Am 3. Tage war der Hund gesund. 6 Stunden nach der ersten Gabe Eiweiss im Harn, der alkalisch reagirt und in der α-Oxynaphtoësäure nachgewiesen werden konnte. Bei Kaninchen war die Wirkung des Natronsalzes dem der Säure gleich.

Beim Schaf traten bei Darreichung von 4 Grm. die bei den Hunden beschriebenen Symptome ein. Das β-oxynaphtoësaure Natrium erwies sich als weniger giftig, als das Salz der α-Säure.

Aeusserlich haben die Verf. die Säure in Form von Salben 1:20 und das Natronsalz in Lösung bei Thieren, nachdem sie geschoren worden waren, angewandt, ohne eine Reizung der Haut wahrnehmen zu können. Daraufhin haben sie die Säure als Medicament bei der Räude der Hunde mit Erfolg probirt und empfehlen es als gutes Medicamentum antiscabiosum.

Die Verf., die ihren Versuchen zufolge der Oxynaphtoësäure kräftigere antiseptische und antizymotische Wirkungen als der Salicyl- und Carbolsäure zuschreiben, empfehlen sie zur klinischen Verwendung als Antipyreticum, Antizymoticum und Antisepticum. Vor der Salicylsäure hat sie den Vorzug, dass ihr Natronsalz gleichfalls antiseptisch wirkt. Dasselbe kann gegen Gährungs- und Fäulnissprocesse im Darmcanal und gegen pathogene Organismen daselbst, vielleicht auch gegen dort vorhandene Trichinen Verwendung finden. Ebenso bei gewissen Leiden der Harnorgane.

Da die Säure den Körper durchläuft, ohne zersetzt zu werden, könnte deren Anwendung bei gewissen Blutkrankheiten, Mikroorganismen im Blute, bei fieberhaften Leiden, vielleicht bei Gelenkrheumatismus Anwendung finden.

Da das Mittel stark reizend wirkt, müsste es in sehr starker Verdünnung oder mit irgend welchen Einhüllungen verabreicht werden.

Die α-Oxynaphtoësäure ist fast unlöslich in Wasser; 1 Liter Wasser von 17° C. löst nur 0,058 Grm. Säure. Alcohol, Aether, Benzol, Aetzalkalien und kohlens. Alkalien lösen sie leicht. Sie sublimirt bei 90—100° C. und schmilzt bei 186° C. unter Abspaltung von Kohlensäure. Das Natronsalz wird leichter gelöst, 100 Ccm. Wasser von 18° C. lösen 6,37 Grm. Bei längerem Stehen zersetzen sich diese Lösungen. Die Säure und ihr Salz geben mit Salpetersäure eine violette bis blaue Färbung, allmälig in Roth übergehend. Eisenchlorid bringt eine blaue Farbe hervor, die bei stärkerer Verdünnung grünlich wird.

Die β-Naphtoësäure giebt eine Lösung in Wasser, die bitter schmeckt und sich beim Kochen zersetzt. Conc. Salpetersäure färbt die Säure gelb mit einem Stich in's Grüne. Eisenchlorid färbt die alkalische Lösung blau; die Lösung des Salzes jedoch dunkel-violett bis roth. Von den Salzen lösten sich die Alkalisalze in kaltem Wasser leicht, das Ammonsalz ziemlich schwer. T—n.

E. L. Maisel: Die Behandlung der parenchymatösen Mastitis und der Phlegmone der Brustdrüse mit weissem Bildhauerthon. (Wr. № 21).

Veranlasst durch die Erfolge des Dr. Lukaschewitsch bei Behandlung von Epididymitis mit Lehm, unternahm es Verf. obengenannte Processe ebenfalls so zu behandeln und kam zu sehr erfreulichem Resultate. Er hat zwar nur über eine kleine Zahl von Beobachtungen — 12 zu verfügen, aber der gute Erfolg veranlasst ihn, das Mittel schon jetzt warm zu empfehlen.

Die Anwendungsweise ist folgende: Es wird ein gleichmässiger Lehmbrei hergestellt und auf ein Stück Leinwand oder Marly von der Grösse der Brust, in dessen Centrum für die Mammille ein Loch ausgeschnitten ist, gestrichen. Vor der Application, Abwaschen der Brust und Bedecken derselben mit weisser Marly. Fixation durch einen Verband und Suspension der Brust. 2 Mal täglich Verbandwechsel.

Zugleich hat Verf. beobachtet, dass dieser Verband vorzügliche Dienste leistet bei den Infiltrationen und Schmerzen, wenn das Stillungsgeschäft unterbrochen wird, sehr bald schwinden diese unangenehmen Erscheinungen. N.

Loomis: Einfache und rasche Färbung von Tuberkelbacillen für praktische Aerzte. (New-York Medic. Rec. June 9. 1888).

Verf. schlägt anstatt der complicirten Koch-Ehrlich'schen Tinctionsmethode die von Ziehl angegebene vor und giebt folgende Anweisung dazu:

Bereitung der Lösungen.

a) Fuchsinlösung. In eine, etwa ℥IV haltende, mit Alcohol gefüllte Glasflasche wird eine, zur Sättigung genügende Menge Fuchsin geschüttet und unter häufigem Umschütteln 24 Stunden stehen gelassen. In eine, ℥IV fassende und eine 5% wässrige Carbolsäure enthaltende Glasflasche wird von der ersten Fuchsinlösung so viel gegossen, dass ein deutlicher Niederschlag von Fuchsin, etwa 10 bis 15 Ccm., auftritt, dann wird diese Mischung eine kurze Zeit lang geschüttelt und 24 Stunden stehen gelassen.

b) Methylenblaulösung. Es werden in eine ℥IV Flasche 30 Theile Alcohol, 50 Theile destillirten Wassers und 20 Theile Acidum nitricum gegossen und dazu Methylenblau bis zur Uebersättigung gefügt.



Die *Färbung des Sputum* wird in der bekannten Weise vorgenommmen. Verf. fasst die einzelnen Handgriffe so zusammen:

1) Aufgiessen der Fuchsinlösung auf die präparirten Deckgläschen, 2) Erhitzen und Abkühlenlassen derselben, 3) Abgiessen der Fuchsinlösung und Aufgiessen der Methylenblaulösung, 4) Abwaschen mit einem Wasserstrahl, Trocknen und unter Wasserzusatz Untersuchung.

Die Vorzüge dieser Methode bestehen in ihrer Einfachheit und Handlichkeit, sehr intensiver Färbung und der fast unbegrenzten Haltbarkeit der Lösungen. Hz.

Prof. Fürstner: Ueber Simulation geistiger Störungen (Arch. f. Psych. XIX. H. 3).

Kurze, zusammenfassende Besprechung des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnisse über die Simulation von psychischen Störungen. Was die Motive zur Simulation anlangt, so handelt es sich meist um Untersuchungsgefangene, die den Folgen einer strafbaren Handlung entgehen wollen. Seltener simuliren bereits Abgeurtheilte, Sträflinge. Noch seltener wird zur Befreiung vom Militärdienst oder zur Erreichung anderer materieller Vortheile geistige Störung vorgespiegelt. Ein rechtes Urtheil über die Frequenz der Simulation lässt sich noch nicht fällen. Vom Laienpublicum wird entschieden eine zu grosse Häufigkeit der Simulationsversuche angenommen (cf. auch das Referat p. 238 dieser Wochenschrift). Nach seinen Erfahrungen giebt F. für die Formen, welche von den Simulanten mit Vorliebe dargestellt werden, folgende Eintheilung: Am häufigsten wird das Bild des Blödsinns darzustellen versucht, mit gleichzeitiger Apathie, auch Stummheit, oder mit auffallenden Verkehrtheiten in Wort, Schrift und That. Entlarvung derartiger Individuen meist leicht. Die plötzliche Entwickelung des Blödsinns und die fehlende ätiologische Basis meist schon verdächtig. Schwierigkeiten können entstehen, wenn der Simulant die Ausdauer hat für längere Zeit Stummheit einzuhalten.

Nächstdem werden am häufigsten Zustände von Bewusstseinstrübung oder Bewusstlosigkeit, welche auch zur Zeit der Strafthat bestanden haben sollen, simulirt, begleitet von Sinnestäuschungen. Auch hier fehlt meist jede ätiologische Basis. Sehr sorgfältige Prüfung der beigebrachten anamnestischen Daten ist hier nothwendig, da öfters in geschicktester Weise Täuschungen versucht werden (Berichte über epileptoïde Symptome im Vorleben und dergl.).

Eine dritte Gruppe von Simulanten sucht Erregungszustände vorzutäuschen, wobei bald Zerstörungssucht, bald verworrenes Reden vorgeführt werden. Während die Gewaltthätigkeiten leicht darzustellen sind, misslingt die Nachahmung der bezüglichen krankhaften Stimmung, des krankhaften Affectes. F. hebt hervor, wie selten es versucht wird Psychosen zu simuliren, in denen ein krankhafter Affect dominirt, wie bei Melancholie und Manie. (In einem Falle sah Ref. einen in Untersuchung befindlichen Mann eine Melancholie simuliren, sowohl die Darstellung der traurigen Verstimmung, wie des Hanges zu Suicidium — der Betreffende wollte im ärztl. Sprechzimmer einen Selbstmordversuch in Scene setzen — war eine äusserst plumpe).

In einer vierten Gruppe setzt sich das gebotene Bild aus sehr veränderlichen, unregelmässig mit einander wechselnden Symptomencomplexen zusammen und lässt sich nicht unter die bekannten Krankheitsformen unterbringen. Meist sind dies alte Gewohnheitsverbrecher, deren psychische Constitution schon an sich eine eigenthümliche, anomale ist, so dass auch hinzutretende psychische Erkrankung bei ihnen atypisch verläuft. Hier kann die Entscheidung der Frage, ob es sich um Simulation von Geistesstörung, oder um letztere oder um beide zugleich handelt, äusserst schwierig sein.

Ausserhalb dieser vier Gruppen liegende Störungen werden nur vereinzelt darzustellen versucht. F. berichtet einen gewiss sehr seltenen Fall, in welchem ein Mann die Symptome der progr. Paralyse (Demenz, Grössenideen, gelegentlich stotternde Sprache, Unreinlichkeit, zweimal sogar Anfälle) darzustellen suchte. Mercklin.

Prof. W. J. Podwyssozki (Kasan): Pikroadonidin, die wirksame Substanz der Adonis vernalis. (Med. Obsr. 12). Vorläufige Mittheilung.

Die bis jetzt von Günther (1879), Bubnow (I.-D. 1880), Cervello, Ladenburg, Merck, Mordagne, Hirschson dargestellten, Adonidin benannten Stoffe sind sowohl in pharmakologischer, als auch in therapeutischer Beziehung in solcher Weise von einander verschieden, dass sich P. bewogen fühlte eine eingehende Untersuchung der Adonis vernalis auf ihr wirksames Princip anzustellen. Er that es nach der Methode, welche ihm die Entdeckung des Pikropodophyllins und Podophyllotoxin im Podophyllin, des reinen Emetins in der Ipecacuanha und des Lipins in der Lippia mexicana ermöglichte und darin besteht, dass anfänglich eine chemische Analyse der ganzen Pflanze in jeder Richtung und dann eine Bestimmung der chemischen Eigenschaften eines jeden einzelnen Bestandtheils derselben gemacht wird; schliesslich wird das wirksame Princip ausgeschieden. Hierbei ergab sich, dass dieses in der Adonis vernalis ein amorphes Glykosid, von P. *Pikroadonidin* genannt, ist, welches mit dem orangegelben Quercitin (Adonido-quercitinum Podwyssozki), dem Zuckerstoffe Dulcit (Adonido-dulcitum P.) in schönen Prismen krystallisirend, einem physiologisch unwirksamen Glykosid und der schon lange bekannten Aconit(?)säure gleichzeitig vorkommt. Auf diesen Beimischungen beruhe auch die ungleichartige Wirkung der verschiedenen Adonidine. Das Pikroadonidin, seines sehr bittern Geschmackes wegen so benannt, ist in Wasser und Spiritus leicht, schwerer in Chloroform löslich, (das Dulcit löst sich in letzterem gar nicht) und besitzt in hohem Grade alle physiologischen Eigenschaften der Pflanze. Die Beschreibung aller chemischen Arbeiten in Bezug auf diesen Gegenstand wird Ende dieses Jahres erscheinen. Hz.

N. J. Lunin: Ueber die Hindernisse bei der Entfernung der Canüle nach Tracheotomie. (Wr. 1888. № 17).

Verf. beginnt seine Arbeit mit 3 Krankengeschichten, einem Paradigma einer grösseren Reihe derartiger Fälle.

1. Einem Knaben von 5 Jahren hat Verf. wegen Perichondritis laryngea die Tracheotomia inferior machen müssen, darauf hat er die nachgebliebene Larynxstenose mit Catheterisation, Schrötterschen Bougie's etc. behandelt und gehoben, so dass der Knabe mit geschlossener Trachealcanüle am Tage athmen konnte, sowie Pat. aber einschlief, traten sofort stenotische Erscheinungen auf. Dieser Zustand besserte sich ganz allmälig, so dass erst nach Verlauf von 3 Jahren Pat. ohne Canüle im Schlafe zu athmen im Stande war. — Dass dieses die Folge einer Wachsthumsvergrösserung des Kehlkopfs innerhalb dieser 3 Jahre gewesen sein könne, weist Verf. mit dem Hinweise darauf, dass der Kehlkopf in dem Alter nicht bedeutend wachse, zurück.

2. Ein 7jähriges Mädchen, dem vor 4 Jahren die Tracheotomie und Polypenexstirpation mit dem Voltolini'schen Schwamme gemacht worden war, konnte auch in der Nacht ohne Canüle nicht athmen, obgleich anstrengende Körperbewegungen am Tage keine stenotischen Erscheinungen hervorriefen.

3. Ein Knabe von 9 Jahren, dem wegen Diphtherie die Tracheotomie gemacht worden war, konnte am 9. Tage sehr gut ohne Canüle athmen, aber sowie er zu schlafen versuchte, trat Larynxstenose auf. Ganz allmälig lernte er es ohne Canüle zu schlafen.

Unter den Ursachen für diese Athmungsbehinderung nach Tracheotomie zählt Verf. die Granulationen zu den hauptsächlichsten (schon von Trousseau beobachtet, dann Koch, Ponly, Voelker etc. und Verfasser), dann Narbenstricturen des Kehlkopfs (Bulliard, Reynold, Steiner, Köhler, Simon, Blachez, Dupuis etc.), Schwund der Elasticität der Knorpel, wodurch die vordere Wand der Trachea angesaugt wurde und sich an die hintere legte (Wiesinger), Angst (Golding-Bird, Rhyk), Chondritis inf. hypertroph. (Michael), partielle Hervorbauchung der hintern Trachealwand (Kiselbach), Faltenbildung der hintern Trachealwand (Carrié) und Laryngospasmus (Anders). Ferner seien nicht selten Fälle, bei denen das Hinderniss in der Paralyse und Parese der Glottisöffner liege, theils in Folge Erkrankung der Muskeln selbst, theils durch Inactivitätsatrophie aller Theile (Blake, Rehn, Müller, Warneen, Arnheim, Schautmann etc. etc.)

Endlich bleiben die Fälle übrig, wo nur zeitweise stenotische Erscheinungen vorkommen, und zwar in der Nacht, wie Verf. sie beschreibt. Aehnliche Fälle hat auch Passavant beobachtet und erklärt dieses Vorkommen aus der Inactivität, wenn die Canüle lange getragen worden. Doch kommt es, wie Verfasser beobachtet (Fall 3), auch vor, wenn die Canüle nur ganz kurze Zeit gelegen hat. Verf. hält dafür, dass in diesem Falle eine Erkrankung der hintern Muskeln vorliege und eine dem entsprechende Behandlung einzuleiten sei. Wenn die Erkrankung nicht sehr bedeutend sei, «so öffnet sich die Stimmritze, so lange der Kranke auf die Respiration Acht giebt und die hintern Muskeln verstärkt agiren lässt. Aber im Schlafe, wenn dieses «Achtgeben» schwindet, reagiren die geschwächten hintern Muskel nur ungenügend auf den Impuls und die Stimmritze wird nicht genügend erweitert, es entwickelt sich das Bild der Paralyse der hintern Muskeln». N.

Prof. J. Nicolaysen: Ein Fall von intermittirendem Hydarthros genu. (Norsk Magazin for Saegevidenskalen 1887).

H. D. 31 Jahre alt, erkrankte im Sommer 1885 während seines Militärdienstes an Hydarthros im rechten Knie, der nach Behandlung mit verschiedenartigen Linimenten schwand, sich aber nach Märschen und anstrengendem Dienst wieder einstellte. Seit dem December stellt er sich regelmässig alle 14 Tage ein und verschwindet jedes Mal nach 3—4 Tagen ohne Behandlung. Massage, Salicylsäure, Chinin, Solutio Fowleri ohne Erfolg. Juni 1886 Milztumor. Unterandauernder Arsenikbehandlung blieben die Anfälle allmälig aus. Buch (Willmanstrand).

Swonnikow: Fall von Argyrie in Folge von Lapisätzungen des Rachens. (Med. Obsr. № 9 und 10).

53jährige Bäuerin, vor 16 Jahren Syphilis, welche mit Frictionen und Pinselungen mit 50% Lapislösung des Rachens während mehrerer Wochen behandelt wurde; die Kranke pinselte sich seitdem mit der Lösung jedes Mal, wenn der Hals schmerzte. Die schiefergraue Verfärbung der Haut erstreckte sich auf Rachen, harten Gaumen, Zahnfleisch, den obern Theil der Brust und des Rückens, am ausgesprochensten aber im Gesichte. Diese Verfärbung trat im 4. Jahre ihrer Krankheit auf und wurde immer stärker. Ein ähnlicher Fall ist von Dugiel (Gaz. méd. de Paris. 1874. p. 351.) veröffentlicht worden. Hz.

L. W. Besser: Die Mikroben der Pyämie. (Wr. № 19 sq.).

Die Bedeutung dieser Frage, die Meinungsverschiedenheit der Autoren, die zu geringe Zahl untersuchter Fälle und die ungenügende Bearbeitung derselben, veranlassten den Verf., wie er durch ein vorangehendes kurzes, geschichtliches Exposé entwickelt, eine Reihe von Untersuchungen anzustellen, deren Resultate vorliegende Arbeit darstellen. Diese müssen im Originale nachgelesen werden und erlaubt sich Ref. nur das Endresultat zu referiren.

Verf. bestätigt die Ogston'sche Ansicht, dass die Pyämie die Folge des Eindringens von Eitermikroben in den Organismus sei. Aus 46 Fällen (frühere 23 und eigene 23) ersehe man, dass die Pyämie hervorgerufen sei durch Streptokokken 29 Mal, durch Staphylokokken 14 Mal und 3 Mal durch beide zusammen. «Es ist evident, dass die typische Pyämie bei einigen günstigen Bedingungen seitens des Organismus sowohl durch Streptokokken, als auch Staphylokokken hervorgerufen werden kann; dass die Meinungsverschiedenheit der Autoren sich aus der geringen Anzahl und Zufälligkeit des (nicht ausgelesenen) Materials erklären lasse». N.

Vermischtes.

— Der bekannte Pariser Kliniker, Dr. Dujardin-Beaumetz, welcher von der französischen Regierung behufs Studiums des Medicinalwesens nach Russland abdelegirt ist, weilt seit dem 2. September in St. Petersburg. In seiner Begleitung befindet sich der Doctor der Pariser medicinischen Facultät Winokurow. Dujardin-Beaumetz hat kurz vorher die Sanitätseinrichtungen in Moskau und Nishni-Nowgorod besichtigt und in den letzten Tagen, geführt von Prof. Botkin, mehrere hiesige Hospitäler besucht.

— *Monarchisches Wohlwollen eröffnet für ausgezeichnet eifrigen Dienst*: Dem Militär-Medicinal-Inspector des Turkestanschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Ssuworow; den Gebietsärzten: des Ferghanagebietes, wirkl. Staatsrath Dr. Kuschelewsky und in Samarkand, wirkl. Staatsrath Dr. Swijashski.

— *Ordensverleihungen*: *Den weissen Adlerorden*: dem beständigen Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comité's, Academiker Geheimrath Dr. Merklin. *Den St. Wladimir-Orden II. Classe*: dem berathenden Mitgliede des milit.-medicinischen gelehrten Comité's, Geheimrath Dr. Besser und dem Militär-Medicinal-Inspector des Omskischen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Ssokolow. *Den St. Wladimir-Orden III. Classe*: dem ausserord. Professor der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Karpinski. *Den St. Annen-Orden I. Classe*: den wirkl. Staatsräthen: dem Professor der mil.-medicinischen Academie, Dr. Dobroslawin und dem Corpsarzt des XII. Armeecorps Dr. Lewonewski. *Den St. Stanislaus-Orden I. Classe*: den wirklichen Staatsräthen: dem berathenden Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comité's, Leibotiater des Allerhöchsten Hofes Dr. Wreden; den ord. Professoren der mil.-medicinischen Academie Dr. Manassein und Ssorokin; den Gehülfen der Mil.-Medicinal-Inspectoren der Militärbezirke: von Wilna — Dr. Ssamochwalow, von Charkow — Dr. Rudnew; von Moskau — Dr. Saustinski; dem Oberarzt des klinischen Militärhospitals Dr. Ssorokin und dem älteren Arzte des St. Petersburger Arsenals Oppenheim.

— Dem Oberarzt der Gardeequipage, Staatsrath Dr. Rambach ist vom Könige der Hellenen das *Commandeurkreuz des griechischen Erlöser-Ordens* verliehen worden.

— *Verstorben*: 1) Am 19. August hieselbst in der Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez der Ordinator des hiesigen städtischen Alexanderhospitals, Dr. Chr. Lobanow, im 42. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus einer ganz armen Familie der Stadt Irkutsk, hatte es aber durch seine Energie trotz aller Widerwärtigkeiten und Entbehrungen durchgesetzt, dass er Medicin studiren konnte. Nach Absolvirung des Gymnasiums in Irkutsk widmete er sich anfangs in Moskau, dann in Petersburg dem Studium der Medicin und erlangte im J. 1874 an der hiesigen medico-chirurgischen Academie den Arztgrad mit Auszeichnung. Nachdem er hierauf noch zwei Jahre Naturwissenschaften an der hiesigen Academie studirt, liess er sich hieselbst als Arzt nieder und fungirte seit 1883 auch als Ordinator am Alexanderhospital. Im Mai d. J. erlangte L. nach Vertheidigung seiner Doctordissertation, welche von der Milchbehandlung der Scorbutkranken handelte, die Doctorwürde. Bald darauf traten deutliche Anzeichen der Geisteskrankheit auf, welcher er am 19. August erlag. In den letzten 4 Jahren beschäftigte er sich eifrig mit der chinesischen Sprache in der Absicht, die medicinische Welt mit den Arzneimitteln und Heilmethoden der Chinesen bekannt zu machen. Der Hingeschiedene hat seine Frau mit einem Kinde ganz mittellos hinterlassen. (Wratsch). 2) Der Corpsarzt des X. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. P. Polubinski, auf den Manövern im Gouv. Chersson an den Folgen eines Aneurysma. 3) In Gent Dr. Poirier, Professor der internen Klinik an der dortigen Universität. 4) Der Stadtarzt von Kielce W. N. Strawinski. 5) Der Bezirksarzt des sibirischen Kosakenheeres, W. D. Osnowin.

— Wie der «Kurjer Warszawski» zu berichten weiss, wird gegenwärtig eine *neue Taxe für die Honorirung ärztlicher Hülfeleistung* ausgearbeitet, welche in streitigen Fällen als Norm dienen soll. Nach dem neuen Projecte sollen drei verschiedene Honorarsätze gelten, entsprechend den Vermögensumständen und der socialen Stellung der Patienten. Zur I. Kategorie sollen gerechnet werden: Capitalisten, Besitzer von Immobilien, Kaufleute I. Gilde, Fabrikanten, grosse Gewerbtreibende und Beamte von 1.—6. Classe inclusive; zur II. Kategorie: Privatbeamte, welche ein Gehalt von mehr als 1000 Rbl. jährlich beziehen, Kaufleute II. Gilde, Agenten von Handelsfirmen, Lehrer und Beamte der 7. und 8. Classe; zur III. Kategorie alle Diejenigen, welche nicht zu den beiden ersten Kategorien gezählt werden können. Die Honorarsätze sind in dem Project auch nach dem Wohnsitz der Patienten bemessen und zwar sind sie folgendermaassen normirt: 1) In Flecken, Kirchdörfern und Hakelwerken, deren Einwohnerzahl 10,000 nicht übersteigt, zahlen Personen I. Kategorie für die ärztliche Visite 1 Rbl., II. Kategorie 75 Kop. und III. Kategorie 50 Kop. 2) In Gouvernements- und Kreisstädten mit einer Einwohnerzahl bis 100,000 zahlen Personen I. Kategorie 150 Kop., II. — 1 Rbl., III. — 60 Kop. 3) In Städten mit mehr als 100,000 Einwohner beträgt das Honorar 2 Rbl. (I. Kategorie), 150 (II.) und 75 Kop. (III.). Für Nachtbesuche (von 8 Uhr Abends bis 8 Uhr Morgens gerechnet) werden zu dem Tageshonorar 50% hinzugeschlagen. Unabhängig von dieser Taxe sollen auch die Gebühren für chirurgische Operationen und für Besuche des Arztes in einem benachbarten Gute normirt werden.

Gleichzeitig ist auch die Aufstellung einer Taxe für die Hülfeleistungen der Feldscheere, Dentisten und Hebammen in Aussicht genommen.

Diese Arbeiten sollen noch in diesem Jahre beendigt und der Entwurf sodann in der vorgeschriebenen Ordnung zur Bestätigung vorgestellt werden. (Nowosti).

— Nach dem im Ministerium des Innern ausgearbeiteten *Entwurf eines neuen Apothekerreglements* soll künftig zur Erlangung des Grades eines Magisters der Pharmacie ein Universitätsstudium von 8 Semestern Dauer erforderlich sein. Der Magistergrad der Pharmacie soll die gleichen Rechte verleihen, wie die medicinische Doctorwürde. Auch sollen Personen weiblichen Geschlechts, welche sich der Pharmacie widmen, gleich berechtigt den Männern sein.

— Auch in Deutschland macht sich in pharmaceutischen Kreisen eine Strömung geltend, welche auf die Erhöhung der Anforderungen für den Eintritt in den pharmaceutischen Beruf abzielt. Der deutsche Apothekerverein hat beschlossen, demnächst eine dahin zielende Eingabe an den Reichskanzler zu richten.

— In's Jelisawetgrad'sche Landschaftskrankenhaus ist ein 19jähriger Mann *Trofim Tjagunenko*, welcher am 17. Juni von einem tollen Hunde gebissen und bereits am nächsten Tage in der Odessaer bacteriologischen Station den verstärkten Pasteur'schen Schutzimpfungen unterzogen worden war, am 18. August mit allen Symptomen der Tollwuth aufgenommen worden.

— Der *Cassenbestand des «Russischen Rothen Kreuzes»* betrug am 1. September d. J. im Ganzen 2,637,644 Rbl. 29 Kop. Von dieser Summe gehören der Hauptverwaltung 2,147,594 Rbl. 29 Kop. und den Comités 490,050 Rbl.

— Der Stabsarzt K. W. Tereschtschenko hat der hiesigen militär-medicinischen Academie ein Kapital von 6400 Rbl. übergeben, aus dessen Zinsen ein Stipendium im Betrage von 300 Rbl. an einen Studirenden des I. oder II. Cursus, ohne Unterschied der Confession vergeben werden soll. Aus dem Poltawaschen Gouvernement Gebürtige sollen das Vorrecht haben.

— Dem Dr. Mackenzie ist vor Kurzem vom Berliner Hofmarschallamte seine letzte Forderung im Betrage von 315 Pfd. Sterl. ausgezahlt worden. Diesen Betrag liquidirte M. für die 4 Tage, welche er nach dem Tode Kaiser Friedrich's in Friedrichskron sich aufgehalten hatte. Die Auszahlung verzögerte sich so lange, weil M. eine an ihn vom Hofmarschallamte gerichtete Frage, ob dieses seine letzte Forderung sei, nicht beantwortet hatte. Erst als von der Beantwortung dieser Frage die Auszahlung abhängig gemacht wurde, erklärte derselbe, dass diese Forderung seine letzte sei. (Fremdbl. — A. m. C.-Ztg.)

— Cheesman, *Cerium oxalicum als Mittel gegen* Husten. In einem längern Artikel behandelt Verf. die Wirksamkeit des Mittels gegen Husten, besonders bei Phthisikern und hat dasselbe in zehngranigen Gaben, vor dem Schlafengehen eingenommen, äusserst wohlthätig wirkend befunden; auch «Magen- und Leberhusten» werden günstig beeinflusst, Opiate werden durch das Mittel überflüssig gemacht und kann es dreist zu 10 und mehr Gran längere Zeit hindurch ohne Schaden gegeben werden. (New-York Med. Record. Juni 2. 1888). Hz.

— August Wolff, *über subcutane Injectionen von Antipyrin*. W. empfiehlt aus seiner reichen Erfahrung die subcutanen Injectionen von Antipyrin: 1) für das Gebiet des Muskelrheumatismus, des «Reissens»; 2) für die Brustschmerzen der Phthisiker; 3) für die Neuralgien oberflächlich gelegener Nerven; 4) zur Erleichterung einer sichern Diagnose (Schmerzen bei fraglichen Lungenaffectionen, bei welchen wegen der oberflächlichen, durch die Schmerzen bedingten Athmung nicht gut auscultirt werden kann; 5) bei asthmatischen Anfällen; 6) bei schmerzhaften Affectionen, bei welchen Morphiuminjectionen aus irgend welchem Grunde contraindicirt sind. Die vorstehenden Sätze werden durch kurze Krankengeschichten illustrirt. Der bei den Injectionen gewöhnlich auftretende brennende Schmerz könnte vielleicht durch Zusatz von Cocain gemildert werden, doch hat W. keine eigenen Erfahrungen darüber. Eingespritzt wurde eine volle Pravaz'sche Spritze einer, aus gleichen Theilen Antipyrin und sterilisirten Wassers bestehenden Lösung (0,5 Antipyrin) an der Stelle des grössten Schmerzes und in der Richtung seiner Ausstrahlung. Hz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 21. bis 27. August 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
248	173	421	106	28	78	9	5	9	45	38	34	27	22	14	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 1, Masern 7, Scharlach 7, Diphtherie 6, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie u. Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 57, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 88, Todtgeborene 28.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	19.—25. August	2401	29,1	—	1438	17,5
Paris . . .	2 260 945	19.—25. August	1132	26,0	68	910	20,9
Brüssel . .	181 270	12.—18. August	93	26,7	3	77	22,1
Stockholm .	221 549	12.—18. August	122	28,8	3	75	17,6
Kopenhagen	300 000	22.—28. August	222	38,3	7	120	20,8
Berlin . . .	1 414 980	19.—25. August	884	32,6	41	553	20,3
Wien . . .	800 889	19.—25. August	486	31,5	31	307	19,9
Pest . . .	442 787	12.—18. August	305	35,6	13	293	34,4
Warschau .	444 814	19.—25. August	336	39,2	17	224	26,1
Odessa . . .	268 000	19.—25. August	—	—	—	—	—
St. Petersburg	732 881	26. Aug.-1. Sept.	504	30,4	17	407	24,6

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17. L. Haus 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская, 43, кв. 20.
*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 12, Quart. 22.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5. лин. и Академ. переул., д. 1/6, кв. 21.
Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.
T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул., № 23.
Wilhelmine Hensel, В. О. 17 лин., д. № 12, кв. 13.
Августа Федоровна Кауфманъ, по Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22, кв. 9.
Луиза Карловна Мертке, Гороховая ул., д. 42, кв. 28.
И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22, кв. 28.
Amalie Ritter, В. О. 17 л., д. 12, кв. 37.
Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер., д 7, кв. 12.
E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
П. Эйрихъ, Невск. просп. д. 88, кв. 10.
Amalie Schulze, Alexander-Platz H. 6. Qu. 53.
A. Schönfeldt, В. О. 12 лин., д. 17, кв. 2.
Frau E. Kroeger, Офицерская ул., д. 18, кв. 28.
Maria Brüllow, В. О. 6 лин., д. 29, кв. 9.
Ottilie Rupprecht, Гусевъ пер., № 17.

Дозв. ценз. Спб. 9. Сентября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.». Владимірскій просп. № 12.

XIII. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. Wahl, Dorpat. Dr. Th. v. Schröder, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 38. St. Petersburg, 17. (29.) September 1888.

Chirurgische Mittheilungen aus der Hospitalpraxis.

Von

Dr. R. Butz.

I. Eine Hernia inguino-praeperitonealis sinistra incarcerata. Hernio-Laparotomia. Genesung.

Den 13. September 1887 wurde in die chirurgische Abtheilung des Maria-Magdalenenhospitals ein Kranker mit eingeklemmtem Bruche aufgenommen. Pat., ein 24-jähriger, kräftiger junger Mann, leidet an einem Bruche seit seiner frühesten Kindheit. Einen höheren Stand des linken Hodens will er stets beobachtet haben. Ein Bruchband hat er getragen, aber nie beständig. Vor einem Jahre war der Bruch incarcerirt. Dem hinzugerufenen Arzte gelang die Taxis. Am 12. September 1887 früh morgens fiel der Bruch wieder vor. (Pat. hatte eine schwere Equipage aus dem Schuppen (сарай) zu ziehen versucht). Er spürte einen heftigen Schmerz links im unteren Theile des Abdomens, so dass er die Arbeit einstellen und sich zu Bette legen musste. Es gelang ihm nicht die vorgefallenen Darmschlingen zu reponiren. Heftige Schmerzen machten energische Manipulationen unmöglich. Es kam zum Erbrechen. Die Schmerzen wurden heftiger, der Leib blähte sich auf und wurde auf Druck empfindlich. Ausleerungen blieben aus. Ueber 24 Stunden lag Pat. ohne Behandlung zu Hause. Sein Zustand verschlimmerte sich zusehends. Bald trat Kothbrechen ein. Der jetzt erst hinzugerufene Arzt dirigirte Pat. unverzüglich in's Hospital. Bei der Aufnahme ist Folgendes notirt: Kräfteverfall, Gesicht blass, kalte Extremitäten, Abdomen aufgetrieben, auf Druck empfindlich, *besonders links über dem Ligamentum Poupartii.* Im Scrotum eine Geschwulst von der Grösse einer weiblichen Faust. Ueber dem Poupart'schen Bande ebenso eine von der Grösse einer Mannesfaust, die sich bis zur Spina anterior superior erstreckt. Der äusseren Oeffnung des Leistencanals entsprechend eine seichte Furche, welche die eine Geschwulst von der anderen trennt. Percussionsschall tympanitisch. Die Bauchwand über dem Poupart'schen Bande und das Scrotum über der Geschwulst gespannt. Vorsichtige Taxisversuche ohne Erfolg. Unter freundlicher Assistenz von Dr. Lingen und Dr. Sakowsky wurde sofort zur Operation geschritten. Schnitt durch die Haut von obenerwähnter Furche nach unten und innen. Nach Eröffnung des Bruchsackes fliesst etwas schmutzig-bräunliches Bruchwasser ab. Der Bruchsack der offengebliebene Processus vaginalis peritonei. Der atrophische Hoden dem äusseren Leistenringe nahe gerückt. Im Bruchsacke befindet sich eine Darmschlinge, vollkommen schwarz gefärbt, aber mit noch spiegelnder Oberfläche. Nach Durchschneidung eines einklemmenden Ringes, der dem äusseren Leistenringe am Bruchsackhalse entspricht, gelingt es nicht die Darmschlinge zurückzubringen, obwohl der Leistencanal als vollkommen durchgängig sich erweist. Bei den Taxisversuchen wird die Anschwellung über dem Poupart'schen Bande noch deutlicher. Die Einklemmung musste noch höher liegen. Der Schnitt wird nach oben und aussen weiter zur Sp. ant. sup. geführt, die vordere Wand des Inguinalcanals und die Bauchwand einige Ctm. über den inneren Leistenring hinaus gespalten. Beim Spalten des Bruchsackes am inneren Leistenringe zeigte sich wiederum etwas bräunliche Flüssigkeit. Bei leichtem Zuge trat eine Darmschlinge zu Tage, ebenso schwarz gefärbt wie die, welche im Scrotum lag. Die Einklemmung war bedingt durch die Abknickung der Darmschlinge beim Eintritte in eine praeperitoneale Tasche. Die Vorwölbung über dem Poupart'schen Bande schwindet hierbei. Die Darmschlingen liessen sich sodann ganz leicht reponiren. Wegen Collapserscheinungen musste die Operation schleunigst beendet werden. Desshalb unterblieb eine eingehendere Untersuchung der vorliegenden Anomalie. Wir begnügten uns den Bruchsackhals und die äussere Leistenöffnung durch einige Schnürnähte zu schliessen, entsprechende tiefe und oberflächliche Nähte und ein Drain zu appliciren. Beim Verbande wurde ein möglichst starker Druck auf die Stelle über dem Poupart'schen Bande ausgeübt. Der Kranke erholte sich vom Collaps ziemlich schnell. Der Krankheitsverlauf war ein günstiger. Prima intentio. Entlassen 15. October 87, zur Vorsicht mit einem doppelseitigen Bruchbande. In unserem Falle basirt die Diagnose der *Hernia inguino-praeperitonealis* auf Folgendem:

1) Der Geschwulst über dem Poupart'schen Bande und der Empfindlichkeit derselben auf Druck;

2) dem Höhestand des etwas atrophischen Hodens;
3) der Unmöglichkeit die Schlinge zu reponiren, trotz Durchgängigkeit des Leistencanals;
4) dem Erscheinen von Bruchwasser bei Durchschneidung des Bruchsackes in der Nähe des inneren Leistenringes;
5) dem Zustande der vorgezogenen Darmschlinge;
6) dem Verschwinden der Geschwulst über dem Poupart'schen Bande beim Hervorziehen der Schlinge;
7) der Thatsache, dass der Bruch ein angeborener war.

Das Charakteristische dieser Bruchart besteht also in dem abnorm geformten Bruchsack. Er ist ein doppelter. Wir unterscheiden einen äusseren, scrotalen und einen inneren, abdominellen Theil. Der Verbindungscanal ist mehr oder weniger eng. Mit dem Abdomen communiciren beide Säcke durch eine gemeinsame Oeffnung (Ostium abdominale). Diese Hernie ist also ein Mittelding zwischen einem äusseren und einem inneren Bruch.

Aeltere Autoren wie Frohriep und Streubel kannten sie schon, Krönlein aber gebührt das Verdienst, mehr Klarheit geschafft und die Chirurgen ganz besonders auf sie aufmerksam gemacht zu haben. In den 12 Jahren seit seiner Publication ist manch interessanter Fall veröffentlicht worden. In der mir zugänglichen Literatur habe ich 54 Fälle von *Hernia inguino-praeperitonealis* finden können [1]). Mit unserem Falle wäre die Zahl 55. Nur in *einem* Falle war die Erkrankte eine Frau. Vertreten sind alle Altersclassen von 18—73. *Rechts* ist der Bruch 25 Mal, *links* 10 Mal beobachtet worden. In 20 Fällen war rechts eine Hernia i. p. p., links eine einfache Leistenhernie. Angeboren waren zweifellos 30. Der Hoden war nicht durchzufühlen in 2 Fällen. Er befand sich unweit dem inneren Leistenringe 3 Mal, im Leistencanale 6 Mal, am äusseren Leistenringe 5 Mal. Eine auffallend hohe Lage ist 3 Mal vermerkt, etwas erhöht schien er 2 Mal, normal notirt 2 Mal. In den anderen Fällen fehlen genauere Angaben. *Incarcerirt* waren die Hernien in 52 Fällen, beweglich in 2. In *einem* Falle lag eine doppelseitige angeborene Hernie vor. Die praeperitoneale Tasche war rechts. Die *Herniotomie* wurde 31 Mal ausgeführt (29 Todesfälle, 2 Genesungen); *Hernio-Laparotomie* 14 Mal (12 Genesungen, 2 Todesfälle); *Laparotomie* 2 Mal (Beide genesen). Nicht operirt 6 (Alle letal). *Taxis* 2 Mal.

Bei der *inguino-praeperitonealen Hernie* ist der Bruchsack meist der offengebliebene Processus vaginalis peritonei. Auch in den Fällen, wo durch die Anamnese nicht festgestellt werden konnte, ob die Hernie angeboren oder nicht, war der Bruch meist ein äusserer. Nur Bär konnte auf Grund genauer anatomischer Data nachweisen, dass in seinem Falle die Hernie eine innere (directe) war. — Der praeperitoneale Bruchsack kann sehr grosse Dimensionen erreichen. Er ist aber auch oft nur rudimentär vorhanden. Der praeperitoneale Bruchsack ist einestheils fest mit dem Bauchfell, andererseits mit der Fascia transversa sin. iliaca verwachsen. Der praeperitoneale Bruchsack hat oft das Ansehen einer Ausstülpung, dessen Axe mit der Hauptaxe des scrotalen Bruchsackes einen mehr oder weniger stumpfen oder graden Winkel bildet. Manchmal ist der praeperitoneale Bruchsack in allen seinen Dimensionen gleich weit, dann fällt seine Axe nicht selten mit der scrotalen zusammen. Die gewöhnliche Lage ist oben und aussen von der inneren Inguinalöffnung unweit der Sp. ant. sup., selten in der Nähe der Harnblase im kleinen Becken überhaupt oder in der Nähe des Cruralringes. Meist hat man bei der Hernie eine freie Durchgängigkeit des Inguinalcanals und des ihm entsprechenden Bruchsackhalses beobachtet.

Was die Entstehungsursachen des inguino-praeperitonealen Bruchsackes anbetrifft, so sind sie nach der Ansicht der Mehrzahl früherer Autoren rein mechanische. Nach Streubel z. B. bildet sich zunächst der scrotale Theil des doppelten Bruchsackes, erst secundär der praeperitoneale. Seiner Meinung nach wird bei etwaiger Verengerung des Bruchsackhalses in der Gegend des inneren Leistenringes durch wiederholte Taxisversuche die Anheftung des Peritoneums an dem inneren Leistenringe lockerer. Das Bauchfell kann abgehoben werden, wobei ein Theil der Darmschlingen in den sich bildenden Raum hineingeräth. Mit der Zeit bildet sich ein Sack, der eine bestimmte Gestalt annimmt und mit dem Peritoneum und mit der Fascia transversa etc. verwächst. Schlecht sitzenden Bruchbändern schreibt Streubel grosse Bedeutung zu. Das Bruchband soll bekanntlich einen Druck auf den ganzen Leistencanal ausüben und nicht nur auf die äussere Oeffnung desselben. Dieselbe Bedeutung, wie die oben erwähnte Verengerung des Bruchsackhalses, kann auch ein in dem Leistencanale oder am inneren Leistenringe stecken gebliebener Hoden haben, wodurch die Darmschlingen nicht frei im offengebliebenen Proc. vag. periton. auf- und absteigen. Sanzer erklärt das Zustandekommen dieser Bruchart auf Grund seiner Beobachtungen etwas anders. In einem Falle war das Omentum mit dem Bauchfell in der Nähe des inneren Leistenringes verwachsen. Er nimmt nun an, ein angewachsenes Netzstück hebe das Peritoneum ab, wodurch die praeperitoneale Tasche sich bilde. Tessier glaubt, zuerst sei der scrotale Theil des Doppelbruchsackes vorhanden. Bei einer Reduction en bloc komme der ganze Bruchsack zwischen Peritoneum und Tasche zu liegen. Mit der Zeit gehe von ihm ein Divertikel aus, welches in den Leistencanal gelange. Mosetig sieht die Ursache der Entwickelung dieser Anomalie in der Verengerung der äusseren Leistenöffnung. Der Leistencanal selbst und der innere Leistenring sind vollkommen durchgängig. Die Darmschlingen, die hineingerathen, stossen an dem äusseren Leistenringe auf einen Widerstand und üben einen Druck auf ihre Umgebung aus. An der Stelle des geringsten Widerstandes zwischen Peritoneum und Fascie kommt dann die Bildung eines Divertikels zu Stande. Linhart und Baer nehmen an, im Anfange bestehe die *praeperitoneale* Tasche als Ausstülpung des Peritoneums. Erst später dringt von ihr ein Ausläufer in die präformirten Oeffnungen der Bauchwand und bildet den scrotalen Theil des inguino-praeperitonealen Bruchsackes. Baer giebt übrigens die Möglichkeit zu, dass beide Säcke einzeln entstehen können. Bei nachherigem Wachsthum berühren sie sich und verschmelzen zu einem Ganzen. Nach Trendelenburg ist der ganze Bruchsack präformirt. Eine andere Erklärung gab M. Schmidt. Auf Grund seiner Beobachtung (Hernia inguino-interstitialis) nimmt er an, in gewissen Fällen während der Entwickelung erreiche das Gubernaculum Hunteri die vordere Bauchwand nicht an der gewöhnlichen Stelle am inneren Leistenringe, sondern in einer mehr oder minder grossen Entfernung nach aussen von Letzterem. Die innere Oeffnung des Leistencanals ist gewissermaassen nach aussen verschoben. Auch der Proc. vag. muss die Bauchwand an der abnormen Stelle durchsetzen. Der Weg zur äusseren Leistenöffnung ist weiter wie normal, der Proc. vag. perit. erreicht nicht den Boden des Scrotums. Der Hoden setzt sich daher fest entweder im Leistencanal selbst, oder in der Nähe des äusseren Leistenringes. Der Samenstrang erscheint zu kurz. — Es suchen also Einige die Entstehung dieser Bruchart durch die Wirkung mechanischer Momente post partum zu erklären, andere sagen, die Anlagen existirten schon in foetu. — Man kann nicht leugnen, dass die von Streubel angeführten mechanischen Momente nicht ohne Weiteres übersehen werden dürfen bei Besprechung der Entstehungsfrage der Hernia inguino-praeperitonealis. Unter gewissen Umständen spielen sie gewiss eine nicht unwesentliche Rolle. Die Lockerung des Bauchfelles in der Umgebung des inneren Leistenringes allein aber scheint ungenügend ein so complicirtes Gebilde wie die Hernia inguino-praeperitonealis zu erzeugen. Noch unwahrscheinlicher klingt die Erklärung von Sanzer; dass ein angewachsenes Netzstück einen Theil des Bauchfells emporhebt, ist schwer anzunehmen. Bei Herniotomien bekommt

[1]) cf. Chirurg. Westnik 1888, pag. 419.

man oft genug einen angewachsenen Netzstrang zu Gesicht, ein Einfluss desselben im Sinne Sanzer's ist meines Wissens kaum je constatirt worden. Eine Reduction des Bruches en blocque (Tessier) hat aber Folgen, die der Kranke kaum lange genug zu überleben pflegt, um die Entwickelung des scrotalen Theiles des Bruchsackes zu ermöglichen. Der gewöhnliche Befund bei den operativ behandelten Hernien dieser uns interessirenden Art spricht ebenfalls nicht für Mosetig. Es bleibt die Ansicht von Linbart und Baer, die den Doppelbruchsack zum Theil für präformirt, und die von Trendelenburg, der das Ganze für präformirt hält. Uns scheint Letzteres das wahrscheinlichere. In der Mehrzahl der Fälle von inguino-praeperitonealer Hernie ist eine Anomalie in der Entwickelung des Hodens constatirt worden, unvollständiges Herabsteigen, Atrophie etc. Es ist bekannt, dass beim Herabsteigen des Hodens ausser der Entwickelung des Hodens selbst eine wichtige Rolle das sogenannte Gubernaculum Hunteri und der Proc. vag. perit. spielen. Durch die geringste Störung in der Entwickelung dieser drei resultirt eine mehr oder minder auffallende Anomalie Trendelenburg sieht die Ursache in dem Hoden selbst, der in vielen Fällen atrophisch ist. Schmidt schreibt die Schuld dem Gubernaculum Hunteri zu, welches die Bauchwand an anormaler Stelle erreicht. Es bleibt noch eine Möglichkeit, die anomale Entwickelung des Processus vaginalis peritonei. Letzterer existirt bekanntlich zu einer Zeit, wo der Hoden noch im Abdomen sich befindet. Nehmen wir nun an, in einer gewissen Phase der Entwickelung stösst der Proc. vag. perit., der sich einen Weg durch die Bauchwand bahnt, auf ein Hinderniss; indem er die Bauchwand erreicht, verwächst ein mehr oder minder grosser Theil von ihm in Folge irgend eines localen entzündlichen Processes mit dem darunterliegenden Gewebe. Dieser Theil verliert sein Locomotionsvermögen in bestimmter Richtung. Der Processus wächst vorzugsweise in der Richtung von hinten nach vorn. Nach unabänderlichen Gesetzen der Entwickelung erreicht er eine bestimmte Länge Dort wo ein Theil im Vorwärtswachsen eine Hemmung erleidet, ist die Entstehung einer Faltung sodann leicht erklärlich, ebenso dass in geeigneten Fällen (Streubel's mechanische Momente) aus der Falte eine Ausstülpung, eine Tasche werden kann.

Was die Diagnose der Hernia inguino-praeperitonealis betrifft, so ist sie nicht immer leicht, ja oft unmöglich. Aeussere Anzeichen des inneren Bruchsackes fehlen nicht selten. Oft ist die einzige Klage der Patienten ein unangenehmes Gefühl oder ein Schmerz im unteren Theil des Abdomens über dem Ligamentum Poupartii gewesen. Nicht überall war eine Anschwellung über dem Poupart'schen Bande oder eine grössere Resistenz, oder eine besonders grosse Empfindlichkeit auf Druck da, um als Fingerzeig zu dienen. Wahl machte auf eine auffallende Atrophie der Bauchdecken an der Stelle aufmerksam. Krönlein und Neuber konnten diese Beobachtung bestätigen. Wenn bei einer Herniotomie nach dem Débridement trotz der vollen Durchgängigkeit des Leistencanals es nicht gelingt die Darmschlingen zu reponiren, muss der Operateur an die hier erwähnte Bruchart denken und sein Handeln darnach richten. Vor Krönlein starben alle Operirten. Sie gingen zu Grunde nicht weil eine Hernia inguino-praeperitonealis incarcerata an und für sich eine lebensgefährlichere Erkrankung ist als jeder andere eingeklemmte Bruch, sondern weil die gegebene Hilfe eine unzweckmässige gewesen und der Eigenthümlichkeit des Falles nicht entsprach.

Im Allgemeinen sind die Symptome hauptsächlich folgende:

1) Die Hernie ist gewöhnlich angeboren.

2) Der Hoden atrophisch. Der Descensus testiculi unvollständig.

3) Es ist eine Schwellung über dem Lig. Poup. vorhanden, oder eine grössere Resistenz, oder eine erhöhte Empfindlichkeit auf Druck.

4) Atrophie der Bauchdecken an der Stelle der Geschwulst.

5) Nach scheinbar gelungener Taxis wird der Schmerz im Bauche nur schlimmer.

6) Bei der Herniotomie können die im scrotalen Theile liegenden Darmschlingen nicht zurückgebracht werden.

7) Die reponirten Darmschlingen fallen wieder vor oder sie bleiben in unmittelbarer Nähe der inneren Leistenöffnung unbeweglich liegen.

8) Bei Spaltung des praeperitonealen Sackes kommt von Neuem Bruchwasser zum Vorschein.

Was die Therapie anbetrifft, so ist bei richtig gestellter Diagnose immerhin die Taxis zu versuchen. Krönlein und Cambria gelang dieselbe. Ist der Bruch incarcerirt, so wird ein blutiger Eingriff wohl kaum umgangen werden können. Die Operation beginnt man (wenn nicht die Eigenthümlichkeit des Falles dagegen spricht) mit dem gewöhnlichen Bruchschnitt. Der Bruchsack muss eröffnet werden. Er kann leer sein, Darmschlingen oder Netz enthalten. Débridement, Repositionsversuche. Gelingen letztere nicht und ist der Verdacht auf Hernia inguino-praeperitonealis begründet, so wird der Schnitt weiter nach oben verlängert, die vordere Wand des Leistencanals und darüber hinaus die Bauchwand gespalten. Die Darmschlingen werden sorgfältig untersucht und reponirt. In einigen Fällen haben die Operateure den einklemmenden Ring gefühlt und das blinde Ende des praeperitonealen Sackes erreicht. Der Darm kann im Ostium abdominale, im inneren oder im äusseren Leistenringe eingeklemmt sein. Auch an 2 Stellen zugleich ist die Einklemmung beobachtet worden. Sie kann nicht allein durch die Enge der Oeffnung, sondern auch durch starke Knickung der Schlinge beim Eintritt in den praeperitonealen Sack zu Stande kommen. Besonders leicht können Darmschlingen in den praeperitonealen Sack gerathen, wenn er nach aussen von der inneren Leistenöffnung, nach innen von der Sp. ant. sup. liegt.

Wie soll man mit dem praeperitonealen Bruchsack verfahren? Leider sind bestimmte Regeln nicht aufzustellen. Der Einzelfall erfordert ein modificirtes Verfahren. Krönlein und Bolling vernähten das Ostium abdominale. Neuber zerriss die Scheidewand zwischen Bruchsack und Abdomen. Mikulicz exstirpirte den Sack.

Zum Schluss die Bemerkung, dass die inguino-praeperitoneale Hernie mit anderen Erkrankungen verwechselt werden kann. Darmschlingen, die im Scrotum liegen, können untereinander verwachsen sein (Wahl). Bei der Reposition können sie nahe dem inneren Leistenringe liegen bleiben und eine Schwellung über dem Lig. Poupart. bilden, bei Fortdauer der Einklemmungserscheinungen. Gesetzt den Fall, wir hätten eine Hernia mobilis vor uns. Es bestehen aber auch Incarcerationserscheinungen. Der Bruch wird reponirt. Der Zustand des Kranken verschlimmert sich. Hier können wir es zu thun haben mit Undurchgängigkeit des Darmes, bedingt durch Anwesenheit eines fremden Körpers, durch Knickung, durch Knotung, Achsendrehung, Invagination etc. etc., oder mit einer sogenannten inneren Hernie. Da oft eine besondere Empfindlichkeit solcher Stellen, wo die Existenz praeperitonealer Taschen noch nicht beobachtet worden und auch jeder andere Anhaltspunct fehlen kann, so bleibt uns oft nichts anderes übrig, als die Probelaparotomie oder den extraperitonealen Explorationsschnitt von Bardenheuer auszuführen.

Literatur.

1. Frohriep: Chirurgische Kupfertafeln. Weimar 1846. CCCCXXIII.
2. Streubel: Ueber die Scheinreductionen bei Hernien.
3. Dittel: Ein Fall von Divertikelbildung bei rechtsseitiger Leistenhernie. Prager Vierteljahrsschrift 1865, pag. 49.
4. Baer: Der Zwerchsackbruch. Ein Beitrag zu Prof. Streubel's Scheinreduction bei Hernien. Prager Vierteljahrsschrift für praktische Heilkunde 1866, Bd. 4, pag. 28.
5. Dittel: Beiträge zu herniologischen Studien. Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien № 2, 1867, pag. 11.

6. Richter: Studien zur Lehre von den Unterleibsbrüchen. Leipzig 1869.
7. Tieber: Beiträge zur Pathologie und Therapie der incarcerirten Hernien. Wiener med. Wochenschrift 1867, pag. 1588.
8. Weiss: Rechtsseitiger angeborener Leistenbruch. Incarceration. Herniotomie. Scheinreduction. Tod. Wiener med. Presse. 1870, pag. 784.
9. Mosetig: Eingeklemmte angeborene Leistenhernie mit Divertikelbildung. Herniotomie. Netz-Darmgangrän. Tod nach 20 Stunden unter Fortdauer der Incarcerationserscheinungen, herniolog. Casuistik. Wiener med. Wochenschrift № 33, 1874.
10. Krönlein: Hernia inguino-properitonealis. Arch. für klin. Chirurgie XIX, pag. 408.
11. v. Wahl: Mittheilungen aus der Dorpater chirurg. Klinik. St. Petersburger med. Wochenschrift 1879, № 19.
12. Neuber: Eine Hernia inguino-properitonealis incarcerata, geheilt durch Hernio-Laparotomie. Archiv f. klin. Chirurgie XXVI, pag. 509, 1881.
13. Krönlein: Weitere Notiz über die Hernia inguino-properitonealis. Arch. f. klin. Chirurgie XXVI, pag. 529 u. XXV, p. 548.
14. Trendelenburg: Ueber Hernia inguino-properitonealis und Hydrocele abdominalis bilocularis. Arch. f. klin. Chir. XXVI, pag. 867.
15. Bolling: Heilung einer Hernia inguino-properitonealis durch Operation. Berliner klin. Wochenschrift, Nov. 26, 1882.
16. Bayer: Ueber einen Fall von Bruchsackdivertikel bei einer linksseitigen incarcerirten Leistenhernie. Prager med. Wochenschr. № 4, 1881.
17. Oberst: Ein Fall von incarcerirter Hernia inguino-properitonealis. Herniotomie. Heilung. Centralblatt f. Chirurgie 1883, № 5.
18. Marseille: Ein Fall von Hernia properitonealis. Inaug.-Dissert. Berlin 1882.
19. Brugissier: Laparotomie wegen innerer Incarceration. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, XIII. Jahrg., 1883, № 2.
20. Wagner: Ueber die Hernia properitonealis. Inaug.-Diss. Dorpat 1883.
21. Santesson und Rossander: Om Hernia properitoneal. Hygiea, 1881, Januar.
22. Fürst: Fall von Hernia praeperitonealis etc. Nord. med. ark. XVI, 3, № 15, 1884.
23. Baron: Properitoneale Hernie. Wien. med. Presse XXVII, 16, pag. 516.
24. Matlakowsky: Przypadek przepukliny padwino-przedotrzewnej etc. Gazeta lekarska 1883, T. III, № 39, pag. 739.
25. Berger: Sur une variété de fausse reduction des hernies. Revue de chirurgie IV, 1884—85.
26. Mosetig-Moorhof: Casuistik aus der ersten chirurg. Abth. des k. k. Wiener Krankenhauses. Wiener med. Wochenschr. 1885, № 9.
27. Wiesman: Ein Fall von Hernia inguino-properitonealis. Littré'scher Bruch etc. Schweizer Correspondenzblatt XV, № 17, 1885.
28. Bayer: Ueber einige seltene Rarietäten der Leistenhernie. Prager med. Wochenschrift X, № 12—15.
29. Trzebicky: Ein Fall von properitonealer Leistenhernie. Wien. med. Wochenschr. XXXVI, № 48, 1886.
30. A. Cambria: Zur Casuistik der Hernia inguino-properitonealis. Wien. med. Wochenschr. XXXVI, № 31, 1886.
31. Sonnenburg: Demonstration eines Kranken. cf. Berliner klin. Wochenschr. XXIV, 20, pag. 365, 1887.
32. Hürlemann: Beitrag zur Behandlung der Darmocclusion. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte № 24, 1887.
33. M. Schmidt: Erklärungsversuch zur Genese gewisser Fälle von Hernia inguino-interstitialis (Goyraud) und Hernia inguino-properitonealis (Krönlein). Archiv für klin. Chirurgie XXXII, 4, pag. 898.

Referate.

Golynz: Die Mortalität an croupöser Pneumonie in St. Petersburg bezüglich ihrer Abhängigkeit vom Alter der Bevölkerung für die Jahre 1881—1886. (Wr. № 22 und ff.).

Dieser Umstand, die Abhängigkeit vom Alter, ist bei allen Untersuchungen bis jetzt fast garnicht berücksichtigt, da das Material immer aus Krankenhäusern stammte. Verf. benutzte das Material der statistischen Abtheilung des St. Petersburger Stadtamtes und hat eine Reihe Tabellen aufgestellt, deren Reproduction hier nicht möglich ist. Ref. muss sich begnügen das Endresultat mitzutheilen, wie folgt:

1. «Die Wahrscheinlichkeit des Todes an croup. Pneumonie ist am geringsten von 6—30 Jahren, am grössten in den darauffolgenden Jahren, wobei die Wahrscheinlichkeit mit jedem Jahrzehnt in geometrischer Progression wächst. Als Todesursache in der Reihe der anderen Ursachen steigt die Pneumonie in arithmetischer Progression bis zum 70. Jahre und fällt dann in derselben Weise».

2. «Im Kindesalter ist die Wahrscheinlichkeit des Todes an croup. Pneumonie sehr bedeutend. Die Rolle der Krankheit, als Todesursache, ist in diesem Alter sehr unbedeutend. Hauptsächlich kann man das durch die grosse Sterblichkeit in diesem Alter überhaupt erklären».

Ausserdem untersuchte Verf. den Einfluss der Jahreszeiten und Monate und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. «Die Mortalitätsschwankungen an croup. Pneumonie nach Jahreszeiten und Monaten steht in directem Verhältnisse, hauptsächlich zur Zahl der Erkrankungen».
2. «Sehr wenig Einfluss hat die Jahreszeit auf den Ausgang der Krankheit».
3. «Der Frühling, dann der Winter bieten viel günstige Bedingungen für die Erkrankung, und folglich für den Tod an croupöser Pneumonie».
4. «Die günstigsten Bedingungen für die Erkrankung und den Tod an croup. Pneumonie sind im April, die ungünstigsten im August vorhanden». N.

A. Lübbert: Die α-Oxynaphtoësäure. (Fortschritte der Medicin. Bd. VI. 1888. Heft 2.)

Verf. hat den Einfluss genannter Säure auf die Entwickelung verschiedener, auch pathogener Mikroorganismen studirt und folgende Resultate erhalten.

In inficirtem Harn bei Zimmertemperatur von 14°—18°, im Brütofen bei 37° C. und bei höherer Temperatur, bei Abschluss von Tageslicht, bei Sonnenlicht und beim Abblenden des Letzteren durch Lösungen von Kupferoxydammoniak und chromsaurem Kali; frei in inficirten Lösungen von Fleischextract, Rohrzucker, Traubenzucker, Milchzucker und Leim, Milch und stark eiweisshaltigen Flüssigkeiten zeigte es sich, dass die α-Oxynaphtoësäure sehr wohl im Stande ist, die Entwickelung der Mikroorganismen zu verhindern.

Als bestes Lösungsmittel fand Lübbert eine Lösung von phosphorsaurem Natron, welches Salz keine antiseptische Wirkung ausübt, die fäulnisshindernde Wirkung der α-Oxynaphtoësäure jedoch etwas schwächt. Der Gehalt des Nährbodens an Eiweisskörpern in Leim ist ohne Einfluss auf die Wirkung der Oxynaphtoësäure, ebenso die Temperatur. Dass Luftverhältnisse ohne Einfluss sind, ist insofern von Interesse, als die Lösungen der nicht vollkommen reinen α-Oxynaphtoësäure sich im Lichte unter Braunfärbung zersetzen.

Die Sterilisirung von Leim wird schon von einer $\frac{1}{5}$ % α-Oxynophtoësäure bewirkt, es konnten daher Tapeten, die mit einer solchen Lösung bestrichen waren, nicht schimmeln.

Um die Frage über die Wirkung der Säure auf feuchte oder trockene vegetative Zellen zu entscheiden, wurde der Staphylokokkus pyogenes aureus in der gelösten Säure aufgeschwemmt und 1 Cbc. davon einem Kaninchen subcutan injicirt. Es blieb jede Eiterung aus. Demnach waren die Mikroorganismen getödtet worden.

Auf Milzbrandsporen wirkte nur die wässerige Lösung ein, eine conc. alcoholische Lösung war unwirksam. Die Wirkung der wässerigen Lösung ist bei gewöhnlicher Temp. nur schwach; bei 55° werden die Milzbrandsporen schon in ca. 30 Minuten getödtet. Eine mit der Säure gesättigte 10 % wässerige Kaliseifenlösung tödtete bei 38° in 2 Tagen die Milzbrandsporen.

Wurde 1 Grm. der Säure in Rückenhauttaschen von Kaninchen gebracht oder 0,4 Gramm der alcoholischen oder 0,24 der Na_2HPO_4-Lösung subcutan injicirt, so trat kein schädlicher Einfluss auf das Thier ein. Mäuse, welche Brod frassen, das mit Milch getränkt war, welcher die Säure zugesetzt worden, starben sehr bald. Fischen, Fröschen, Krebsen ist die Säure ein Gift.

Als Medicament wurde die Säure nur gegen den Schanker beim Menschen in Form einer 0,5 % Collodium — und einer 1 pro mille und 1 % Oxynaphtoësäurewatte angewandt. Die Wirkung auf diesen Krankheitsprocess scheint gut zu sein. T—n.

Shadkewitsch: Zur Behandlung des Erysipels. (Med. Obsr. № 12).

Verf. rühmt sehr das *Ichthyol* bei der Rose, welches er anfänglich in Collodiumlösung auftrug, des unangenehmen, lange auf der Applicationsstelle verweilenden schwarzen Häutchens halber aber durch eine, aus gleichen Theilen Ammonium sulphoichthyolicum und Axungia porci bestehende Salbe ersetzte. Diese wird auf die erkrankte Stelle und einen Theil der gesunden Haut aufgestrichen, am Gesichte unbedeckt gelassen, am Körper aber mit Firnisspapier bedeckt. Die 5 im Artikel angeführten Krankengeschichten sprechen allerdings sehr für diese Methode, welche jedenfalls versuchswürdig erscheint. Hz.

Preobrashenski: Ichthyol bei Erysipel. (Med. Obsr. № 9 und 10).

Verf. ist es gelungen, die Ausbreitung eines Gesichtserysipels durch einmaliges Aufstreichen der Unna'schen Lösung (Ichthyol, Aether. sulphur. ãã 1 p., Collodii 2 pp.) zu verhindern. Hz.

Strisower: Zur Therapie des Erysipels. (Med. Obsr. № 9 und 10).

Verf. behandelt sehr erfolgreich die Rose mit subcutanen Injectionen einer Sublimatcarbolsäurelösung (Hydrargyri bichlorati gr. unum, Aquae destillatae unc. duas, Acidi carbolici gran. decem.), welche die Krankheit in 2—3 Tagen coupiren. Hz.



Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Wetterstrand: Om Hypnotismens användning i den praktiska medicinen. Stockholm 1888. Seligman. 8°, 90 S.

Vorliegende Arbeit bildet den Separatabdruck einer in «Hygieia» in diesem Frühling erschienenen Abhandlung, und zwar bereits die 3. Auflage. Verf. hat, angeregt durch Bernheim's[1]) hervorragende Arbeit, «mehrere Tausend» Krankheitsfälle mit hypnotischer Suggestion behandelt und giebt im Vorliegenden einen Auszug aus seinen Notizen. Seine Erfolge grenzen an's Wunderbare und doch gewinnt das Beschriebene namentlich durch die ausführliche Mittheilung auch der Misserfolge einen bedeutenden Anstrich von Glaubwürdigkeit. Aus dem reichen Inhalt kann ich hier nur die behandelten Krankheiten mittheilen: 1) Nervöser Kopfschmerz, 2) Neuralgien, 3) Rückenmarksleiden, 4) Epilepsie, 5) Chorea, 6) krampfartige Zuckungen, 7) Stottern, 8) Neurasthenie, 9) Gemüthsleiden, 10) Hysterie, 11) nervöse Taubheit, 12) chronischer Alcoholismus, 13) Anämie, 14) Rheumatismus, 15) Blutungen, 16) Schwindsucht, 17) Herzleiden, 18) Diarrhoe, 19) Morbus Brighti, 20) Incontinentia urinae, 21) Neuralgie im Blasenhalse, 22) Kinderkrankheiten, 23) Menstruationsstörungen, 24) bei äusseren Leiden, Operationen etc.

Bei allen diesen Krankheiten hat W. Erfolge zu verzeichnen in Fällen, denen der Arzt früher machtlos gegenüberstand.

Buch (Willmanstrand).

[1]) De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. 2. Auflage. Paris 1888.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung am 21. September 1887.

1. Dr. Kernig demonstrirt ein Präparat von primärem Gallenblasenkrebs. Dasselbe stammt von einer 71-jährigen Frau, die am 11. August in's weibl. Obuchow'sche Hospital eintrat und daselbst am 28. August starb. Vor Eintritt in's Hospital war sie 5 Wochen lang gelbsüchtig und verstopft gewesen. Erbrechen war nicht vorgekommen. Stat. präs.: Marasmus und Kachexie, starker Icterus, Oedem an den Knöcheln. Brustorgane gesund. Milz nicht vergrössert, wohl aber etwas die Leber, deren unterer Rand den Rippenbogen überragt. Unmittelbar unter diesem Leberrande war eine kinderfaustgrosse Geschwulst palpabel, derb, höckerig, etwas beweglich, den Respirationsbewegungen folgend, von der Leber nur undeutlich abgrenzbar; ein von der Lumbalgegend ausgeübter Druck liess die Geschwulst nach verschiedenen Richtungen, besonders nach vorn hin, dislociren, wie man es bei einer beweglichen Niere zu sehen gewohnt ist. Percussion der Geschwulst dumpf.

Die allgemeine Kachexie und die harte, höckerige Beschaffenheit der Geschwulst machten die krebsige Natur der Geschwulst höchst wahrscheinlich, aber von welchem Organe war sie ausgegangen? Obgleich der Urin nur icterisch, nicht eiweisshaltig und nie blutig gewesen war, so sprach doch Vieles für eine krebsig entartete bewegliche Niere. Der Icterus sprach nicht dagegen, die Gallengänge konnten comprimirt sein; ebensowenig der Einfluss der Respirationsbewegungen, wenn man annahm, dass die kranke Niere mit der Leber verwachsen war. Für die Erkrankung der Niere schien noch der Umstand zu sprechen, dass unmittelbar an der Aussenseite der Geschwulst ein glatter, runder Körper zu fühlen war, der durchaus an eine halbe, gesundgebliebene Niere erinnerte. Ausser Niere konnte es nur die Gallenblase sein, die den Ausgangspunct für den Krebs geboten hatte, denn der Pylorus wurde ausgeschlossen, da Magendilatation und wiederholtes Erbrechen fehlten, und in der Darmwand steckte die Geschwulst nicht, sonst hätten die höher oben gelegenen Theile des Darmes gebläht sein müssen.

Die Section zeigte die Leber vergrössert, die Gallenblase in einen derben Krebstumor verwandelt, in dessen Inneren ein taubeneigrosser Gallenstein steckte. An der Aussenseite der Geschwulst lag ein durch ungewöhnlich tiefe Furchen abgegrenzter kleiner Leberlappen, der die Täuschung veranlasst hatte, dass die Niere vorläge. Die Anwesenheit des Steines bei Gallenblasenkrebs ist ein constanter Befund, wenigstens fand K. in der Literatur bei 25 Fällen nur einmal den Stein nicht erwähnt. Bemerkenswerth ist, dass fast alle diese 25 Fälle bei Frauen beobachtet sind.

Dr. Moritz erinnert an einen ganz ähnlichen Fall von Gallenblasenkrebs mit Stein, den er in der St. Petersb. med. Wochenschrift (Jahrgang 1883, Seite 213) mitgetheilt hatte.

2. Dr. Holst: Ein 17-jähriger Arbeiter consultirte mich am 27. August. Er klagte über Schmerzen in der rechten Schulter, nachdem er auf dieser ein schweres Brett getragen hatte. Am oberen Rande des Cucullaris ist die Haut geröthet, geschwollen und druckempfindlich, ohne dass ein tieferes Infiltrat vorzuliegen schien. 2 Tage darauf bekam er starkes Fieber, die Phlegmone wurde aber nicht deutlicher. Am 31. August T. 39,1, Puls 118, Frost. Schmerzen nicht mehr über der Schulter, aber in der rechten Hüfte; diese äusserlich nicht verändert, nur der Druck auf den grossen Trochanter sehr empfindlich. Meteorismus, Milz sehr gross, ein breiiger Stuhl. 1. September T. 39,0, Puls 128, Delirien in der Nacht. Beide Hüftgelenke, Vorderarme und Ellenbogen schmerzen, besonders der linke Vorderarm ist geröthet und geschwollen, Cubitaldrüsen geschwellt; am Abende trat noch schmerzhafte Schwellung im linken Schulter- und beiden Sprunggelenken auf. Sublimatcompressen, Chinin, Salicylsäure etc. vergeblich. Bei vollem Bewusstsein erfolgte der Tod am 2. November.

Ohne Section, die verweigert wurde, war eine Aufklärung dieser räthselhaften Infection nicht möglich. Ja vielleicht wäre auch diese nicht im Stande gewesen, die Ursache der Blutvergiftung festzustellen, wie solche Fälle aus der Literatur bekannt sind.

Dr. Tiling fügt hierzu als Beispiel für die Rapidität, mit der eine Infection eitrige Osteomyelitis machen kann, an: Es wurde ein Knabe in's Alexanderhospital gebracht, der erst am Tage vorher Schmerzen in einem Unterschenkel empfunden hatte; die indicirte Trepanation der Tibia wurde gleich ausgeführt und es fand sich Eiter. Am folgenden Tage Schmerzen im Sterno-claviculargelenk und in einem Radius — auch hier fand sich Eiter.

3. Dr. Moritz: Vor 2 Jahren trat ein Beamter mit Wirbelcaries und Senkungsabscess bis in die Fossa iliaca in's deutsche Alexanderhospital. Schon früher war ihm eine Caries sterni ausgelöffelt worden. Dr. Vogel eröffnete den Abscess durch Lumbalschnitt, ging stumpf durch das retroperitoneale Gewebe längs dem Psoas zum 11. Dorsalwirbel, der durch Eiterung zerstört war. Während er denselben im Dunklen mit dem scharfen Löffel behandelte, trat plötzlich eine starke venöse Blutung ein. Collaps. Die ganze Höhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Pat. überstand den Eingriff, ja die grosse Wunde heilte ohne Fieber und ohne nennenswerthe Eiterung. Er erhielt ein Corsett und wurde im December 1885, 4 Monate nach der Operation, mit nur geringem Gibbus dem damals hier tagenden ärztlichen Congress vorgestellt. Es fesselte ihn an's Hospital nur eine bleibende Kraftlosigkeit. Im Frühling 1886 begannen Kopfschmerzen, Melancholie, Hallucinationen, dann Aphasie, zeitweilige Erregungszustände und constantes Fieber 38,0 und mehr. Somit Meningealtuberculose sehr wahrscheinlich. Aber unter Jod- und Brombehandlung trat Besserung ein, die während des Sommers 1886 so fortschritt, dass er im August das Hospital in wirklich leidlichem Wohlbefinden verliess. Den ganzen Winter 1886/87 blieb er sehr erregbar. Im Mai 1887 wurden die Hallucinationen, Verfolgungswahn etc. so arg, dass seine Ueberführung in die Stein'sche Irrenanstalt nothwendig wurde. Hier trat wieder Fieber ein und unter allmäliger Steigerung aller Symptome starb er Ende August.

Section: Eine noch bestehende Caries an der damals operirten Stelle; es fehlte der 11. Wirbelkörper ganz und die Nachbarn waren krank; der Gibbus sehr spitz. Ein langer, schmaler Senkungsabscess (von dem Umfange eines Stearinlichtes) längs dem Psoas unter der Fascia iliaca bis unter das Poupart'sche Band. In den Lungen massenhaft Tuberkeln. In der Pia mater sehr zahlreiche alte Tuberkeln und Verdickungen in den Fossae Sylvii, längs den Centralfurchen bis oben hinauf. Dabei frische Leptomeningitis an der Basis.

Zwei Momente sind in der Epikrise besonders bemerkenswerth: 1) 1½ Jahre lang hatte Wirbelcaries und Senkungsabscess bestanden, während volle Heilung angenommen war, die durch wiederholte Untersuchungen garantirt schien. 2) Die Diagnose Meningealtuberculose vor mehr als einem Jahre war richtig, die Section bewies es, und es sind somit zeitweilige Heilungen einer solchen möglich.

Dr. Schmitz macht hierbei auf das frühzeitigste Symptom eines noch so geringen Psoasabscesses aufmerksam: in der Rückenlage gelingt am kranken Beine die Streckung nicht vollständig. Es bleibt etwas flectirt.

Sitzung am 19. October 1887.

1. Dr. Herrmann demonstrirt ein Präparat von schwerer Halswirbelverletzung: Ein 36-jähriger, sehr robuster, muskulöser Fuhrmann hatte sich am 18. September Abends 8 Uhr mit Hülfe Anderer einen 5 Pud schweren Sack auf den Kopf geladen. Sofort stürzte er zusammen und spürte, als ob etwas in seinem Rücken beschädigt sei, zugleich Schwindel bei erhaltenem Bewusstsein. Bald darauf folgte Paralyse der Extremitäten. Am andern Morgen Aufnahme in's Obuchowhospital. Stat. präs. Sensorium frei, alle Fragen werden verstanden, doch sind die Antworten unbefriedigend; Stimme sehr schwach. Keine Facialisparalyse. Bewegungen des Kopfes ergiebig. Herztöne rein, Puls 60, erschwerte Exspiration mit Trachealrasseln. Vollständige motorische und sensitive Paralyse aller Extremitäten und Fehlen aller Reflexe. Stuhl und Urin verhalten. Schlucken frei. Am Nacken keine äusseren Verletzungen, auch keine Difformität. Extension und Gypsverband ohne Einfluss. Allmälig Schwund des Bewusstseins, Cyanose, Tod 48 Stunden nach der Verletzung.

Section: Haut auf dem Nacken und Rücken normal, Unterhautzellgewebe und Muskeln stark blutig infiltrirt, auf den letzteren lagern vom Rücken bis zum Lendentheil herab zu beiden Seiten der Wirbelsäule dicke Stränge geronnenen Blutes, im Lendentheile bilden die Coagula faustgrosse Klumpen. Eine ebenso grosse Blutansammlung in der rechten Achselhöhle. Der Apparatus ligamentosus nuchae, die Ligamenta longitud. poster. und anter. in der Gegend des 5. und 6. Halswirbels und die Ligamenta transversa zerrissen, ebenso beide Arteriae vertebrales, daher die enorme Blutung. Der 5. Halswirbel war über dem 6. nach vorn verschoben. Ein bohnengrosses Knochenstück des 6. und ein kleineres des 5. Wirbels waren an den Bändern hängen geblieben. In der Rückenmarkshöhle ein mässiger Bluterguss, die Markmasse stark gequetscht, doch erhalten. (Originalreferat).

In der Discussion betont Dr. Tiling, dass die Luxationen der

Wirbel an dieser Stelle wohl immer diese Form haben müssen, wenn sie durch zu schwere Belastung des Kopfes zu Stande kommen. Die natürliche Lordose der Wirbelkörper und die in der Sehne dieses Wirbelbogens gestellten und wirkenden Muskeln erklären das. Freilich muss dazu noch ein Processus articularis brechen.

Sitzung am 16. November 1887.

1. Dr. Magawly hat neuerdings 3 Fälle von centralem Scotom beobachtet, alle bei der Sonnenfinsterniss im August c. acquirirt. Es handelte sich um 2 Männer und einen Knaben, bei letzterem nur auf dem einen Auge, da ihm das rechte schon lange durch Verletzung zerstört war. Alle hatten mit unbewaffnetem Auge die Sonnenfinsterniss beobachtet und darnach plötzlich die dunklen Flecke im Sehfelde empfunden, die ganz unverändert blieben, bis sie in Behandlung kamen. Bei der Untersuchung erwies sich bei allen fast das gleiche Bild: Sehvermögen 4/10; in der Mitte des Sehfeldes fehlt ein grosser Abschnitt für Roth vollkommen (auf 10 Schritt ist der Durchmesser des Defectes ½ Fuss), während Weiss gesehen wird; ophthalmoskopischer Befund ganz negativ. — Der Verlauf war bei allen günstig; eine längere Dunkelcur und dann dunkle Schutzbrillen brachten volle Genesung. Diese Fälle sind schon vielfach bei Sonnenfinsternissen beobachtet worden, zuweilen sind dabei Retinalblutungen constatirt worden. Anders verhalten sich die Scotome, die durch zu grelles reflectirtes Licht, z. B. Schneelicht, entstehen. Da handelt es sich um chemische Störungen. In der Dissertation Dr. Lange's sind die neuesten Beobachtungen darüber niedergelegt. Bei starkem Lichteinfall, besonders bei Sonnenlicht, verschwindet das Sehroth und kommt im Dunklen allmälig wieder. In einem Auge, das lange im Dunklen erhalten wird, bildet sich sehr viel Sehroth (Thierexperiment). Magnesiumlicht hat nicht dieselbe Wirkung wie Sonnenlicht.

2. Dr. Herrmann: Ein zarter, blasser Goldarbeiter von 19 Jahren, der vor 2 Wochen ohne bekannte Ursache erkrankte, wurde am 2. October in's Obuchow'sche Hospital aufgenommen. Stat. präsens: Ruhige Rückenlage, halbgeschlossene Augen, die Arme am Rumpfe anliegend. Die Finger bewegen sich langsam, unablässig unwillkürlich einer nach dem andern hin und her; es wechseln Extension und Flexion, Ab- und Adduction, doch waltet die Spreizung der Finger vor. Diese Muskelcontractionen waren hauptsächlich an den Fingern bemerkbar, doch waren Hals- und Gesichtsmuskeln keineswegs frei, vielmehr waren z. B. Sprechen, Kauen und Schlucken beeinträchtigt. Respiration 24, schien etwas mühsam, die Thoraxexcursionen schwach. Krämpfe in geringem Grade waren auch in Füssen und Zehen. Sensibilität überall intact. Druck auf Gefässe und grössere Nervenstämme wurden gut ertragen. Reflexe erhalten. Contracturen fehlten. Die Krämpfe waren doppelseitig, auf der rechten Seite aber stärker. Temp. 37,0, Puls 84. Herz normal. Kein Rheuma vorhergegangen. — Der Kranke gab an, bisher immer gesund gewesen zu sein. Niemand in seiner Familie hatte an Leiden des Centralnervensystems gelitten. Seine Psyche erschien frei, doch liess sich eine gewisse Apathie und Scheu vor Menschen nicht verkennen: er antwortete kurz und wie ungern. — Die Diagnose schwankte zwischen Tetanie und Chorea: die erstere konnte bald ausgeschlossen werden, doch sprach Vieles auch gegen letztere, besonders die Fortdauer der Krämpfe im Schlafe. Wärme, Bäder, Bromkali, Wurmmittel änderten nichts. — Am 11. October trat ein epileptiformer Anfall ein, wobei aber Pat. weder die Besinnung verlor, noch Schaum vor dem Munde hatte. Am 12. Oct. ein 2. Anfall von 15—20 Minuten Dauer. Es wurden 2 Gaben Chloralhydrat à 15 Gran gereicht, darauf Schlaf und Abnahme der Krämpfe, zugleich aber auch leichte Parese der Finger. Pat. konnte kleine Gegenstände, z. B. Stecknadeln, nicht fassen, wohl aber grosse und schwere. Mehr und mehr wurde die Idee der doppelseitigen Chorea aufgegeben und die von amerikanischen Aerzten zuerst geschilderte *Athetose* angenommen. Eine subcutane Injection (½ Spritze voll) von Physostygmin. salicyl. 1 : 400 hatte am 27. Octob. einen raschen glänzenden Erfolg. Zwar traten nach 5 Minuten Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen ein, der Puls sank von 102 auf 84, die Resp. blieb 24 — aber die Krämpfe waren auf ein Minimum herabgegangen. Pat. schlief die nächste Nacht ohne Chloral und war am anderen Morgen wie neu belebt. 4 Tage nach einander wurden ½, 2 Tage ¼ Spritze der Lösung injicirt. Pat. erholte sich vollkommen und verliess heute das Hospital nach 45-tägigem Aufenthalt, circa 60 Tage nach Beginn seines Leidens.

3. In Bezug auf das in den letzten Sitzungen vielfach besprochene Antifebrin hebt Dr. Koch hervor, dass auch die Kopfschmerzen bei Cerebrospinalmeningitis günstig durch dasselbe beeinflusst werden. Die Rückenschmerzen scheinen fortzudauern. Koch giebt Kindern von 10—12 Jahren 4 Gran, 2—5-jährigen 2 Gran pro dosi.

Dr. Magawly hat sehr präcise Wirkung von Antifebrin bei Flimmerscotomen gesehen. Bei solchen ist der Augenspiegelbefund meist negativ. Das Antifebrin (5 Gran) wirkt besser, als das früher angewandte Amylnitrit.

Dr. Frankenhäuser findet, dass das Antifebrin überhaupt bei Migräne das Antipyrin ersetze und dabei sei es doch noch harmloser als dieses. Dagegen corrigirt er seine früheren Angaben über Typhusbehandlung mit Antifebrin dahin, dass es wohl Fälle giebt, in denen dasselbe keine günstige Wirkung erzielt; es steigt nämlich nach der Apyrexie das Fieber unter Schüttelfrost rapide und auch die fieberlosen Zeiten bringen dem Kranken keine Euphorie. Dann ist das Mittel wegzulassen.

Dr. Assmuth: Antifebrin hilft gegen die lancinirenden Schmerzen der Tabetiker besser als Antipyrin; da darf man getrost 5—10 Gran pro dosi geben. Selbst Morphinisten hören mit Morphium auf, wenn sie 10 Gran Antifebrin zur Bekämpfung ihrer Schmerzen erhalten.

4. Dr. Hüber demonstrirt ein Präparat eines kindskopfgrossen Aneurysma der Aorta ascendens. Während des Lebens hatte eine fühlbare Pulsation im Jugulum und in der Fossa supraclavicularis gefehlt, was bei dieser Grösse des Aneurysmas auffallen musste. Die Section zeigte nun, dass das Aneurysma fest mit der bis zur Luftleere comprimirten und an die Wirbelsäule gedrängten rechten Lunge innig verwachsen war. Das hatte offenbar die Richtung des Wachsthums beeinflusst.

Sitzung am 14. December 1887.

1. Dr. Arnheim: «Ueber locale Thermometrie und über Bestimmung des Wärmeverlustes von der äusseren Haut».

Zunächst giebt A. eine historische Uebersicht über die locale Thermometrie. Seit den 30-er Jahren dieses Säculums ist sie geübt. Die Beobachtungen waren aber immerhin spärliche und nicht übereinstimmende, weil die Instrumente ungenügende waren. A. demonstrirt nun eine Reihe von Thermometern, die zum Zweck der localen Thermometrie construirt und benutzt sind — es offenbaren sich an allen wohl deutliche Mängel, ob sie nun Quecksilber- oder Metallthermometer sind, grosse oder kleine Reservoire, Mantelvorrichtungen oder keine haben. Genaue Messungen der Hauttemperatur können bis jetzt nur mit Hülfe thermoelektrischer Apparate erreicht werden. Dazu sind mehrere Methoden und Apparate vorgeschlagen worden. Die besten sind die von Hankel, Jakobson und dem Vortragenden selbst angegebenen. Es sind Drahtelemente aus Neusilber und Eisen. Die eine Löthstelle dieses Drahtelementes wird in einen Thermometer von d'Arsonval gebracht, die andere auf die betreffende Hautstelle. Die Säule wird mit einem Galvanometer in Verbindung gebracht. Aus der Ablenkung der Magnetnadel des vorher auf Celsiusgrade ausgemessenen Galvanometers kann man leicht die absolute Temperatur bestimmen. — Diese Methode giebt ganz genaue Daten über die Temperatur der zu messenden Flächen, auch brüske Aenderungen werden sofort merkbar und messbar; die Untersuchungen erfordern wenig Zeit und dabei sind die Apparate bedeutend empfindlicher als die Thermometer, so dass leicht Hundertstel von Graden gemessen werden können. So interessant die Untersuchungen über die Temperatur an verschiedenen Körperstellen auch sein mögen, noch wichtiger sind gewiss die Untersuchungen über den *Wärmeverlust* von der äusseren Haut. Die in der Pathologie herrschende Ansicht, dass je wärmer eine gewisse Hautfläche ist, desto grösser auch der Wärmeverlust von derselben sei, ist eine irrige. So richtig sie z. B. für einen erwärmten Kessel ist, so irrig für die lebende Haut, die unter dem Einfluss der Circulation und des Nervensystems steht. Es können 2 Hautstellen beide 38° zeigen, der Wärmeverlust aber kann auch bei ganz gleichen Verhältnissen der Umgebung ganz verschieden sein. Nun hat Arnheim ein Instrument construirt, das Thermopheugoskop, welches seiner Form, Grösse, Anwendungsweise und Kosten wegen ebenso bequem und handlich ist, wie die gebräuchlichen Thermometer und welches die Summe aller Wärmeverluste von der Haut, d. h. die Verluste durch Strahlung, durch Leitung und durch Wasserverdunstung angiebt.

Durch Vergleiche der Curven, welche den Wärmeverlust anzeigen, mit denen der Achseltemperatur werden manche neue Anhaltspuncte gewonnen, welche uns mehrere Fragen der Fieberpathologie beantworten werden. Bei Anwendung der leichten, nicht zeitraubenden Methode wird in vielen Fällen unsere Diagnose und Prognose sicherer zu stellen sein und oft werden wir rationellere Indicationen für unsere therapeutischen Eingriffe bei Fieberkanken erlangen. Aus einer Reihe von Beobachtungen konnte A. sich überzeugen, dass die Curven, welche den Wärmeverlust anzeigen, bei Typhus, miliarer Tuberculose, bei croup. Pneumonie etc. ganz verschiedenartig sind und durchaus nicht immer parallel zur Curve der Achseltemperatur und der Localtemperatur. Bei Krankheiten, welche kritisch enden, konnte A. oft 24 Stunden vor Abfall der Achseltemperatur, in Folge der Aenderungen der Wärmeabgaben, die Krisis voraussagen.

Als Beispiel, wie durch diese Methode auch die Therapie rationeller geübt werden kann, führt A. Folgendes an: Sehen wir, dass bei hohem Fieber die Wärmeabgabe sehr erhöht ist, so schliessen wir daraus, dass die im Körper vorhandenen Regulationseinrichtungen verstärkt wirken, wesshalb es also in diesen Fällen nicht nothwendig ist, Bäder, Abreibungen oder andere derartige Einflüsse auf die Haut einwirken zu lassen, da ja ohnehin schon auf Wiederherstellung der constanten Körpertemperatur losgearbeitet wird. In diesen Fällen werden wir uns bemühen die Wärmeproduction herabzusetzen. Beobachten wir aber, dass bei hoher Achseltemperatur der Wärmeverlust von der Haut ein verhältnissmässig geringer ist, so werden wir selbstverständlich die Haut zu einer verstärkten Thätigkeit anregen, sei es durch warme Bäder, Abreibungen, Einwicklungen oder ähnliche Agentien. In diesen letzteren Fällen wird auch die Prognose viel günstiger zu stellen sein, da, wenn bei Fieber eine gewisse Wärmeretention vorhanden ist, offenbar die Wärmeproduction, also auch der Stoffverbrauch nicht so bedeutend ist wie in den Fällen, wo trotz sehr erhöhten Wärmeverlustes das Fieber immer hoch bleibt und also die Erschöpfung durch dasselbe viel schneller eintreten kann.

Dass für das Studium der Wirkung verschiedener Antipyretica diese Methode Arnheim's und sein kleiner Apparat von grösster Nothwendigkeit sein kann, scheint wohl sicher.

z. Z. Director: Dr. Herrmann.
Secretär: Dr. Masing.

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln. I.

(Vom 18.—23. September 1888).

Zum 61. Male versammelten sich die deutschen Naturforscher und Aerzte und zahlreiche Gäste aus anderen Ländern, — im Ganzen wohl über 1500 Theilnehmer — zu gegenseitigem wissenschaftlichen Meinungsaustausch und zu geselligem Verkehr, und zwar diesmal in der Rheinstadt Köln. Am 18. September wurde die Versammlung durch den ersten Geschäftsführer derselben, Prof. Dr. Bardenheuer, Oberarzt des Kölner Bürgerhospitals, im grossen Gürzenichsaale eröffnet, nachdem schon am Abend vorher eine gegenseitige Begrüssung der Congressmitglieder im Casino stattgefunden hatte. Prof. Bardenheuer gedachte in seiner Eröffnungsrede zunächst der beiden hingeschiedenen deutschen Kaiser, zu deren ehrendem Andenken die Versammlung sich von den Sitzen erhob, begrüsste sodann die von allen Gauen Deutschlands und aus anderen Ländern erschienenen Theilnehmer und schloss, nachdem er den Arbeiten der Versammlung reichsten Segen gewünscht, mit einem Hoch auf den Landesherrn. Nachdem hierauf der Regierungsrath v. Tschiechowitz die Versammlung im Namen der Regierung, Oberbürgermeister Becker im Namen der Stadt Köln, Rector Prof. Schönfeld seitens der Universität Bonn und Dr. Graf im Namen der Aerztekammer und des rheinischen Aerztevereins begrüsst, gedachte der Vorsitzende der seit der letzten Versammlung verstorbenen hervorragenden Mitglieder, der Proff. von Langenbeck, de Bary, Clausius und v. Rath, deren Andenken durch Erheben von den Sitzen geehrt wurde. Es begann nun die Reihe der auf der Tagesordnung stehenden wissenschaftlichen Vorträge, über welche wir in den nächsten Nummern unserer Wochenschrift referiren werden. Heute wollen wir aus den Verhandlungen des Congresses noch hervorheben, dass die vom Prof. Virchow beantragte und mehrmals vertagte Statutenveränderung nach langem Kampfe mit geringer Majorität (30 Stimmen) angenommen wurde. Nach dem neuen Statut wird Jeder, der einmal Mitglied einer Naturforscher-Versammlung gewesen, durch Zahlung eines laufenden Jahresbeitrages von 5 Mark Mitglied der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte werden. Die Gesellschaft kann eigenes Vermögen und Besitz erwerben. Die Leitung der Gesellschaft wird einem Vorstande übertragen, der aus einem Vorsitzenden, einem Stellvertreter, den Geschäftsführern des jedesmaligen Versammlungsortes, einem Schatzmeister, einem Generalsecretär und 9 Mitgliedern besteht. Auf Grund dieser Beschlüsse wurde ein Ausschuss gewählt, welcher einen neuen Statutenentwurf auszuarbeiten und der Versammlung im nächsten Jahre vorzulegen hat.

Zum nächstjährigen Versammlungsort wurde in der zweiten allgemeinen Sitzung fast einstimmig Heidelberg gewählt. Gleichzeitig hatte auch Stuttgart um die Ehre der Beherbergung der Naturforscherversammlung gebeten. Komischer Weise war aber die telegraphische Einladung nach Stuttgart von dem «Verein zur Hebung des Fremdenverkehrs» unterzeichnet, was grosse Heiterkeit in der Versammlung hervorrief.

Vermischtes.

— Nach dem soeben erschienenen *Personalverzeichniss der Universität Dorpat* waren zum 1. September d. J. im Ganzen 1743 Studirende an dieser Universität immatriculirt (gegen 1693 am 1. Februar d. J. und 1685 am 1. September vorigen Jahres). Vor 11 Jahren, am 1. September 1877, zählte die alma mater Dorpatensis im Ganzen nur 858 Jünger, also weniger als die Hälfte ihrer jetzigen Zugehörigen. Den grössten Zuwachs unter den Studienfächern hat wiederum die Medicin zu verzeichnen, deren Studium sich 786 Studirende (gegen 770 im vorigen Semester) widmen. Die Zahl der zur medicinischen Facultät gegenwärtig gehörenden Studirenden, welche 890 (786 Mediciner und 104 Pharmaceuten) beträgt, übersteigt allein schon die Gesammtzahl der Studirenden vom 1. September 1877, welche sich damals auf nur 858 belief.

— Prof. Dujardin-Beaumetz aus Paris hat am 9. September St. Petersburg verlassen, nachdem er hieselbst die Kliniken und Laboratorien der militär-medicinischen Academie, das Marienhospital, das Nikolai-Militärhospital, das klinische Institut der Grossfürstin *Helene Pawlowna*, das Barackenlazareth des «Rothen Kreuzes», das städtische Alexander-Barackenhospital, das Obuchowhospital und das Alexanderhospital (an d. Fontanka) eingehend besichtigt hat. Ausser St. Petersburg hat derselbe Warschau, Nishni-Nowgorod und Moskau besucht, wo er sich ebenfalls mit den Hospitälern bekannt gemacht hat.

— *Ordensverleihung*: *Den St. Wladimir-Orden III. Classe*: dem Oberarzte des rigaschen Militärhospitals, Staatsrath Memorski.

— *Ernannt*: Der Gehülfe des Oberarztes des Kronstädter Marinehospitals, Staatsrath Akinfijew — zum Oberarzt des Sewastopolschen Marinehospitals und der ältere Ordinator des Marinehospitals in Nikolajewsk, Collegienrath Chomizki — zum Oculisten des Hafens in Nikolajewsk.

— *Befördert*: Für Auszeichnung im Dienst *zu Geheimräthen*: die Militär-Medicinalinspectoren im Warschauer Militärbezirk — Lasarenko und im Amurgebiet — Ad. Schulz. — *Zu wirklichen Staatsräthen*: der ord. Professor der militär-medicinischen Academie, Dr. Dobrowolski; der Bezirks-Oculist des St. Petersburger Militärbezirks, Ehren-Leiboculist des Kaiserlichen Hofes, Dr. Tichomirow; der Beamte für besondere Aufträge bei der Militär-Medicinalverwaltung, Dr. Gr. Archangelski.

— *Verstorben*: 1) In Warschau der dortige Stadtarzt A. Zaremba. 2) Der Bezirksarzt des sibirischen Kosakenheeres, W. Ossnowin, an Apoplexie. 3) Der Kreisarzt des Lichwinschen Kreises (Gouv. Kaluga) P. Desiderijew.

— Die *Gesellschaft der Aerzte von Ostsibirien*, welche ihren Sitz in Irkutsk hat, hat gelegentlich ihres *25jährigen Jubiläums zu Ehrenmitgliedern erwählt*: die Proff. Adamjuk, Botkin, Gruber, A. Krassowski, Lesshaft, Mendelejew, Setschenow und Erisman, ferner die DDr. Sprimon (Redacteur der Medizinskoje Obosrenje) und Karpowitsch, sowie den Generalgouverneur von Ostsibiren, Graf Ignatjew. (Wr.)

— Graf *Rastworowski* hat ein Capital von 105,000 Rbl. zur *Errichtung eines Blindenasyls in Warschau* gespendet.

— In *Kasan* hat sich eine *Pharmaceutische Gesellschaft* gebildet, welche auch ein eigenes Journal herauszugeben beabsichtigt.

— In *San-Remo* wird ein *deutsches Krankenhaus* gegründet werden, für welches bereits der verstorbene Kaiser *Friedrich* einen namhaften Beitrag bewilligt hat.

— Zu *ordentlichen Professoren der Wiener medicinischen Facultät* sind *ernannt* worden: Prof. Zuckerkandl aus Graz für den Lehrstuhl der Anatomie an Stelle des verstorbenen Prof. Langer und Prof. Ritter von Ebner für den Lehrstuhl der Histologie an Stelle Prof. Wedel's, der zurückgetreten ist. Beide Ernennungen sind durch den Unterrichtsminister gegen die Beschlüsse des medicinischen Professorencollegiums erfolgt, welches sich, wie die «Wien. med. Wochenschr.» behauptet, bei der Wahl der Candidaten durch persönliche, zum Theil auch confessionelle Motive leiten liess.

— An Stelle des ausscheidenden Prof. Preyer ist Prof. extraord. Dr. Wilh. Biedermann aus Prag zum ord. *Professor der Physiologie an der Universität Jena* ernannt worden.

— Einer Anzeige der Verlagshandlung von Ad. Spaarmann in Styrum zufolge wird die deutsche Ausgabe der Mackenzie'schen *Vertheidigungsschrift* «*Friedrich der Edle und seine Aerzte*» nicht vor Mitte October erscheinen, da die in London erfolgende Herstellung der zahlreichen, dem Buche beigegebenen Holzschnitte etc. unliebsamen Aufenthalt verursachen.

Inzwischen ist in Stuttgart im Verlage von A. Pfautsch und Cie. eine kleine *Brochüre unter dem Titel* «*Mackenzie und seine Verleumder*» von Hermann Norvid erschienen, welche, wie die «Allg. med. Central-Ztg.» meint, wohl nur ein Vorläufer der in Aussicht gestellten Vertheidigungsschrift Mackenzie's ist; mit Bedacht vorangeschickt, um den deutschen Leserkreis gewissermaassen vorzubereiten auf die Unwahrheiten und Entstellung der Thatsachen, mit welchen man es voraussichtlich in dieser vorwiegend zu thun haben wird. Diese pseudonym erschienene Brochüre soll nichts Neues bieten, ausser Beleidigungen und Verleumdungen Bergmann's, Bramann's, Gerhardt's und Landgraf's.

— Wie wir hören, wird der bekannte Chemiker, Dr. Biel in nächster Zeit hier ein Laboratorium für Analysen, ähnlich dem des Hrn. Dr. Pöhl, eröffnen. Bei seiner bekannten Gewissenhaftigkeit können wir nur mit Freuden diese Nachricht begrüssen. Näheres später.

— In der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga wurde am 9. August die feierliche Grundsteinlegung für die neuen Baulichkeiten zur Erweiterung und Umgestaltung der Anstalt vollzogen. Für die zu erbauenden zwei grossen Krankenpavillons, die zum October 1889 fertig gestellt sein müssen, hat die Stadtverordnetenversammlung einen Credit von 130,940 Rbl. ausgeworfen.

— In *Frankreich* ist jetzt der bekanntlich in Oesterreich und Holland übliche Modus, die Professoren bei Erreichung des 70. Lebensjahres zu pensioniren, eingeführt worden. Auf Grund dieser neuen Verordnung sind bereits die Proff. Bouchardat und Hardy in Paris und der Professor der gerichtlichen Medicin in Nancy, Dr. Toundes, in den Ruhestand versetzt worden.

— In seiner Sitzung vom 13. August hat sich *das berathende Comité der öffentlichen Gesundheitspflege in Frankreich über den Gebrauch des Saccharins in der Nahrung* folgendermaassen ausgesprochen:

1) Das Saccharin ist kein Nahrungsmittel und kann den Zucker nicht ersetzen.

2) Der Zusatz von Saccharin verhindert oder verlangsamt die Verdauung von Amylaceen und Albumin.

3) Saccharinpräparate sistiren die Verdauung und sind geeignet dyspeptische Beschwerden zu erzeugen.

4) Die Anwendbarkeit des Saccharins ist noch zu wenig erprobt, doch kann schon jetzt gesagt werden, dass es als Nahrungsmittel zu verbieten ist. (L'union médicale № 104, 1888.) G—n.

Vacanzen.

— *Landschaftsarztstelle im Kreise Tichwin* des Nowgorodschen Gouvernements. Gehalt 1200 Rbl. jährlich bei freien Amtsfahrten.

Wohnsitz in der Stadt Tichwin. Meldungen sind unter Beifügung der Documente zu richten an die «Тихвинская Уѣздная Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 28. August bis 3. September 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
224	193	417	104	34	70	6	6	10	40	44	34	27	19	12	7	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 7, Diphtherie 12, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 11, Krankheiten des Verdauungscanals 91, Todtgeborene 27.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	26. Aug. - 1. Sept.	2508	30,4	—	1342	16,4
Paris	2 260 945	26. Aug. - 1. Sept.	1162	26,7	82	853	19,6
Brüssel	181 270	19.—25. August	102	29,3	7	83	23,8
Stockholm	221 549	19.—25. August	131	30,8	10	72	16,9
Kopenhagen	300 000	29. Aug. - 4. Sept.	207	35,9	3	107	18,5
Berlin	1 414 980	26. Aug. - 1. Sept.	838	30,8	41	630	23,2
Wien	800 889	26. Aug. - 1. Sept.	465	30,1	27	322	20,9
Pest	442 787	19.—25. August	322	37,8	19	250	29,4
Warschau	444 814	26. Aug. - 1. Sept.	286	33,4	17	241	32,7
Odessa	268 000	26. Aug. - 1. Sept.	—	—	9	136	26,4
St. Petersburg	861 303	2.—8. Sept.	430	25,9	27	379	22,8

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. September 1888.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. September 1888.

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 39. St. Petersburg, 24. September (6. October) **1888.**

Circumcisio ritualis Hebraeorum.

Die rituelle Beschneidungsceremonie der Israeliten.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft Jelisawetgrad'scher Aerzte am 25. Juni 1888.)

Von

Dr. Messala Pogorelski.

Sowohl in unserer einheimischen, wie in der westeuropäischen, der medicinischen und der nationalen hebräischen Literatur ist der uralte Gebrauch der Hebräer, die Beschneidung, in der letzten Zeit vielfach besprochen worden; bald wurde der Nutzen oder der Schaden der Operation, bald die rituellen Einzelnheiten beleuchtet. Die Gesichtspuncte, von welchen die einzelnen Schriftsteller ausgingen, waren sehr verschieden, so der theosophische (E. Renan), der humanitäre (Herbert Spencer), der physiologisch-hygienische oder, besser gesagt, der sanitäre (Hammond) u. A.

Ich kann in der vorliegenden kurzen Abhandlung dieser Frage mich nicht auf eine eingehende Kritik aller darüber verlautbarten Ansichten einlassen, weil mir das darauf bezügliche literarische Material nicht zu Gebote steht und werde mich desshalb auf eine kurze Besprechung der hauptsächlichsten Thesen pro und contra beschränken.

Ich beginne mit der Geschichte dieses Gebrauches, dessen Anfang sich im grauen Alterthume verliert. Bekanntlich wird die Beschneidung nicht allein bei den Hebräern und den Muhammedanern, welche sie von den Israeliten überkommen haben, ausgeübt, sondern sie kommt auch bei vielen autochthonen Völkern Amerika's, Asiens und Polynesiens, besonders aber Afrika's vor; in letzterem Welttheil wird sie sogar bei Christen (z. B. in Abyssinien), trotz des vielfachen Protestes von Seiten der Priester, vollzogen; Verbote der Beschneidung haben nicht selten sogar Aufstände der Einwohner zur Folge gehabt. Ausserdem werden in Central- und Südafrika nicht allein die Männer, sondern auch die Weiber (an den kleinen Schamlefzen) beschnitten.

Begreiflicherweise ist der Zweck dieser Operation bei den verschiedenen Völkern derselbe, wenn auch die Motive dazu nicht immer die gleichen sind. Die uncultivirten Wilden führten die Maassregel aus rein utilitarischen Gründen bei sich ein, weil jahrhundertelange Erfahrung sie von der Zweckmässigkeit derselben überzeugt hatte; wie zweckmässig sie in der That ist, das beweist, wie wir weiter unten sehen werden, die neuerdings ausgedehnte Anwendung der Operation als einziges Heilmittel bei verschiedenen Geschlechts- und Nervenkrankheiten. Es versteht sich von selbst, dass von diesem Standpuncte aus es nicht für nothwendig erachtet wurde, die Beschneidung an gewisse rituelle Formen und an ein bestimmtes Alter zu binden, alles hing von der Auffassung der dabei interessirten Persönlichkeiten und von gewissen zufälligen Umständen, z. B. der Ankunft eines specialistischen Operateurs in dem gegebenen Orte, ab. Auch jetzt noch findet man in den verschiedenen Reiseberichten Mittheilungen über das Auftreten von Beschneidern in den Strassen einiger Dörfer Central- und Südafrika's, welche, ähnlich unseren Rossärzten (коновалы), mit dem vollständigen Instrumentarium behangen, ihren Beruf laut verkünden und allen ihre Dienste anbieten.

Von diesen alten Völkern haben wahrscheinlicher Weise auch die Hebräer den Gebrauch der Beschneidung entlehnt, welcher von ihnen die allerhöchste Bedeutung beigelegt wurde, da die Nichtausführung der Operation Todesstrafe nach sich zieht. (Genesis XVII, 14). In der Bibel selbst wird erzählt, wie Mose der Tod von der Hand eines Engels gedroht habe, weil er den ihm auf der Reise nach Egypten geborenen Sohn nicht beschnitten hatte, und wie er nur dadurch leben blieb, dass sein Weib Zipora einen scharfen Stein ergriff und mit ihm den neugeborenen Eleaser beschnitt. (Exod. IV, 24—26). Die Bibel fasst die Beschneidung als «das Zeichen des Bundes Gottes mit dem Menschen» auf. (Genes. XVII, 11).

Viele Gelehrte sahen in diesem Gebrauche einen Rest verschiedener alter Vorurtheile oder legten ihm höchstens nur eine symbolische Bedeutung bei, wesshalb sie seine Abschaffung forderten; doch halten alle ihre Beweise vom Standpuncte des Mosaismus die Kritik nicht aus. Man darf nicht vergessen, dass die ganze mosaische Gesetzgebung die Summe vieler alter Culturen (Indien, Mesopotamien, Aegypten u. a.) darstellt, sehr rationell ist und dass alle, besonders auf Hygiene und Sanitätswesen bezüglichen Vorschriften noch heutzutage als zweckmässige Maassregeln in diesem Sinne dienen könnten und theilweise sogar noch angewandt

werden. Ich erinnere nur an die Auswahl der animalischen Kost (entsprechend dem Klima), die Pflege der Reinlichkeit des Körpers, besonders beim weiblichen Geschlechte, die Isolirung ansteckender Kranker, die Art der Assainirung bewohnter Räume u. a., alles Maassregeln, deren wahre Bedeutung erst die Wissenschaft der Neuzeit erkannt hat; wir werden weiter sehen, dass dieses auch für die Beschneidung Geltung hat.

Wollen wir nun untersuchen, in wie weit die von verschiedenen Autoren aufgestellten Erklärungen über den Ursprung der Beschneidung im Alterthume auf den Mosaismus anwendbar sind.

Nach Meiners[1]) bedeutete die Beschneidung bei den Völkern des Alterthums eine Beschwichtigung der bösen Geister, eine Erklärung, welche auf die Hebräer garnicht anwendbar ist, denn Moses verfolgt unerbittlich jede sogen. *schwarze Magie* und die Bibel enthält sehr viele Verbote und Warnungen vor Nekromantie, Geisterbann, Zauberei und dergl. (z. B. Deuteron. XVIII, 10—11); er bestraft sogar mit dem Tode alle diejenigen, welche Hausgeister haben (Levit. XX, 27) und die Priesterinnen der schwarzen Magie (Exod. XXII, 12). Man kann also unmöglich annehmen, dass Moses das Opfern und dergl. hat legalisiren wollen.

Auch hält die Ansicht derjenigen keine Kritik aus, welche in diesem Gebrauch einen Ersatz des Menschenopfers sehen und als Beweis dafür, dass zur Zeit der Entlehnung der Beschneidung factisch Menschen geopfert worden seien, die Erzählung von Abrahams Absicht, seinen Sohn Isaak zu opfern, anführen (Genes. XXII). Wäre die Beschneidung aber wirklich nur ein substituirender Gebrauch gewesen, so hätte sie in diesem Falle die Menschenopfer verdrängen müssen, was thatsächlich nicht stattgefunden hat. Ich spreche garnicht davon, dass Isaak selbst beschnitten war (Genes. XXI, 4) und folglich einer Opferung nicht mehr unterlag, ich meine aber, dass Cannibalismus bei den alten Hebräern, namentlich zu Ehren des Gottes Moloch immer bestanden hat. Moses wiederholt oft in der Bibel das Verbot der Menschenopfer (Levit. XVIII, 21) und bestraft sie sogar mit Steinigung (Levit. XX, 2—5), doch dauerten sie noch während des Bestehens des ersten Tempels fort, da die Propheten nicht aufhörten gegen die Ungehorsamen zu eifern und die Donner des Himmels auf deren Häupter herabrufen. Ich gehe übrigens noch weiter: Moses selbst lehnte durchaus nicht die Menschenopfer ab, und wenn er auch keine blutigen Opfer verlangte, so forderte er doch den erstgeborenen Sohn von der Mutter, ähnlich wie die Erstlinge der Thiere, um ihn ganz Gott oder richtiger der Kaste der Aaroniden zu weihen (Exod. XIII, 2, 15), und später, als er die Errichtung einer geschlossenen Kaste erblicher Priester nach ägyptischem Muster im Stamme Levi beschlossen hatte, bestimmte er einen Ersatz dieser Naturalleistung durch Geldablösung zu Gunsten der Kahathen im Betrage von 5 heiligen Silbersekel (Numer. III, 44—51[2]). Ferner ist es bekannt, dass Menschenopfer aus beiden Geschlechtern gebracht wurden (Jephthah brachte seine Tochter zum Opfer dar. Judic. XI, 30—40), während die Beschneidung nur an Knaben ausgeführt wurde, nicht an Mädchen, wie in Afrika. Ausserdem hätte ein solcher substituirender Gebrauch nicht für Jeden obligatorisch sein können, noch dazu unter Androhung der Todesstrafe; dann hätte auch Moses selbst sich bemüht die Bedeutung desselben herabzusetzen und schliesslich ganz aufzuheben, wie er es mit dem für den Dienst des heiligen schwarzen Apis substituirten gethan hat (Num. XIX, 1—22).

Autenrieth[3]) ist der Ansicht, dass die Beschneidung bei den alten Hebräern, sowie jetzt bei einigen Völkern an Stelle der militärischen Uniform getreten sei. Diese Meinung ist auf die Hebräer gleichfalls nicht anwendbar. Bekanntlich bestand bei diesen die allgemeine Wehrpflicht; es waren alle, über 20 Jahre alten waffenfähigen Männer verpflichtet, sich beim ersten Aufrufe um die Fahne zu schaaren, sie bedurften (Num. I, 2) also keines besonderen militärischen Abzeichens, andererseits war die geistliche Kaste der Leviten von der Ableistung der Wehrpflicht befreit (Num. I, 48—54), obgleich sie auch beschnitten sein mussten. Uebrigens erstreckte sich der Gebrauch der Beschneidung in Aegypten, wo es eine besondere Kaste der «Krieger» gab, auf alle Männer und nicht allein auf die Soldaten. Der Grund dafür ist folgender: Aus der Bibel ist bekannt, dass die Hebräer in Aegypten seit der Uebersiedelung Jakobs der niedrigsten und verachtetsten Kaste der Hirten angehörten und sich hauptsächlich mit Viehzucht beschäftigten (Genes. XLVI, 34), später wurden sie Reichssklaven (Exod. I, 11 bis 14). Folglich konnten die Hebräer, wenn die Beschneidung eine ausschliessliche Prärogative des Kriegerstandes gewesen wäre, dieselbe für sich nicht in Anspruch genommen haben. Endlich beweist die von Josua nach dem Uebergang über den Jordan angeordnete allgemeine Beschneidung, dass alle aus Aegypten ausgewanderten Hebräer beschnitten waren, und dass nur die unterwegs geborenen der Operation nicht unterzogen worden waren (Josua V, 5). Ausserdem beweist die Thatsache, dass die Hebräer *das erste Passahopfer* noch in Aegypten abhielten, dass sie bereits beschnitten waren, da nach Moses' Satzungen nur die Beschnittenen vom Opferfleische geniessen konnten (Exod. XII, 48). Und noch mehr: mit den Hebräern verliessen sehr viele Eingeborene Aegypten (Exod. XII, 38) und doch ist Nichts darüber gesagt, ob diese beschnitten gewesen sind, woraus man schliessen kann, dass in Aegypten Alle, ohne Unterschied der Kaste, der Beschneidung unterworfen wurden; übrigens waren die den Hebräern sich anschliessenden Auswanderer zur Beschneidung verpflichtet.

Michaëlis[4]) ist der Ansicht, dass die Beschneidung bei den alten Aegyptern das Zeichen der Naturalisation gewesen sei. Man kann dieser Ansicht nur bedingungsweise beipflichten, und zwar muss man annehmen, dass wenn solches auch wirklich der Fall war, es erst viel später, nach der biblischen Periode des Judaismus, stattgefunden habe, welche uns jetzt allein interessirt. Vor Allem wurde die Naturalisation allen Unehelichgeborenen, Ammonitern und Moabitern selbst im zehnten Gliede verweigert (Deuteron. XXIII, 3—4[5]), auch konnten verstossene Verschnittene nicht in die hebräische Gemeinde aufgenommen werden, für alle anderen Nichtjuden, selbst für die vom Gesetze besonders begünstigten Edomiter und Aegypter galt die Regel, dass die Naturalisation erst im dritten Gliede perfect wurde (Deuteron. XXIII, 7—8). Hieraus erhellt, dass die Beschneidung an und für sich durchaus nicht das Bürgerrecht gab, es scheint sogar, dass die Naturalisirten nicht immer beschnitten wurden, was daraus ersichtlich ist, dass dem bei den Hebräern naturalisirten Fremden verboten war, vom Passahlamm zu kosten, es sei denn, dass er vorher beschnitten wurde mit allen Kindern männlichen Geschlechts (Exod. XII, 48). Dass an dieser Stelle von Naturalisirten die Rede ist, geht daraus hervor, dass zum Verzehren des Passahlammes vom Gesetze unter keiner Bedingung Fremde, Miethlinge und selbst längere Zeit unter den Hebräern wohnende Ausländer zugelassen wurden (Exod. XII, 43—45). Ferner würde das Gesetz nicht bestimmen, dass jeder «für Geld gekaufte» Sklave beschnitten werden müsse (Genes. XVII.

[1]) Meiners: Literaturblatt des Orients, 1842. pag. 747.

Anmerkung. Ich citire einige Literaturquellen nach der schönen Arbeit des Dr. M. L. Koneljski, welche im „Wratsch" 1887, №№ 33, 34 und 35 abgedruckt sind; die diesem Artikel entnommenen Angaben sind besonders bezeichnet.

[2]) 5 Sekel betrug die biblische Taxe für einen Knaben von 1 Monate bis zu 5 Jahren, ein Mädchen dieses Alters war auf 3 Sekel geschätzt (Levit. XXVII, 6).

[3]) Autenrieth: Abhandlung über den Ursprung der Beschneidung bei wilden und halbwilden Völkern. Tübingen 1827. Koneljski l. c.

[4]) J. D. Michaëlis: Mosaisches Recht, Bd. IV, pag. 184. Frankfurt a/M. 1778. Koneljski l. c.

[5]) In Bezug auf die Amalekiter schreibt die Bibel ihre vollständige Ausrottung vor (Deuteron, XXV, 19).

13[6]), wenn mit dem Acte der Beschneidung das Bürgerrecht erlangt werden konnte. Der Sklave wäre ja auf diese Weise emancipirt worden, da ein Judensklave nur 6 Jahre lang Sklave sein durfte, im 7. Jahre aber ohne jeden Loskauf frei wurde (Exod. XXI, 2), die anderen Sklaven aber wurden nie frei (Levit. XXV, 44—46).

Endlich sieht H. Spencer[7]) die Beschneidung als einen «der Regierung dargebrachten Tribut» an, wofür er den Umstand anführt, dass viele Völkerstämme, welche die Beschneidung nicht ausübten, auch keine Fürsten hatten, obgleich sie zu einer Raçe gehörten, welche die ihr Angehörigen beschnitt. Dieses Argument kann auf die Hebräer nicht ausgedehnt werden. Bekanntlich stellte ganz Judäa bis zum Regierungsantritt Saul's eine theokratische *Anarchie* dar, in welcher, wie es in der Bibel nicht selten heisst, «ein Jeglicher that, was ihm recht däuchte» (Judic. XVII. 6) und doch bestand die Beschneidung. Ebenso wenig ist der zweite von H. Spencer für seine Ansicht angeführte Grund auf die Hebräer anwendbar, nämlich, dass das Oberhaupt des Reiches, wie z. B. der alte geistliche Führer Toigi der Beschneidung, welcher alle Anderen unterworfen waren, nicht unterlag, weil bei den Hebräern eines jeden unbeschnittenen Knaben «Seele soll ausgerottet werden aus seinem Volke; darum, dass es meinen Bund unterlassen hat». (Gen. XVII. 14); eine Ausnahme davon gab es nicht und drohte ja selbst Mose, wie ich früher mitgetheilt, der Tod, weil er seinen Sohn nicht beschnitten hatte, und hätte doch für den Hohepriester eine Ausnahme gemacht werden können. Die Beschneidung diente auch nicht als «Kennzeichen für die lebend gebliebenen, in Sklaverei Gerathenen», da ja, wie schon gesagt, nur die *wohlerworbenen* Sklaven beschnitten wurden; von den Kriegsgefangenen, für welche es besondere Bestimmungen betreffs ihrer Behandlung gab (Deuteron. XXI. 10—15), ist aber in Bezug auf die Beschneidung in der Bibel nichts gesagt. Endlich führt Spencer an, dass einst diese abgeschnittenen Vorhäute der Gefangenen und Getödteten als Trophäen dem Heerführer dargebracht wurden, wie z. B. in Abyssinien. Wir finden freilich im ersten Buche Samuelis XVIII. 25—27 etwas Aehnliches, es verlangt hier Saul von David als Preis für sein Freien um Michal, Saul's Tochter, 100 Philistervorhäute «dass man sich räche an des Königs Feinden», welche ihm auch David und zwar in doppelter Anzahl liefert. Dabei ist aber nicht zu vergessen, dass eine solche Art von Beschneidung nur ein einziges Mal in der Bibel vorkommt und, trotzdem dass die ganze Geschichte der Hebräer einen ununterbrochenen Kampf vorstellt, sich nie mehr wiederholt. Ferner erscheint diese Erzählung in der ersten Zeit des monarchischen Judäa, während in den vorangegangenen acht Jahrhunderten, von Abraham bis Saul, als die Hebräer kein Oberhaupt, welchem ein solcher Tribut hätte dargebracht werden können, hatten, die Beschneidung bei ihnen auch in Gebrauch war. Es ist viel wahrscheinlicher, dass König Saul zuerst diesen Gebrauch hatte einführen wollen, vielleicht selbst als ein Prärogativ der königlichen Gewalt, und dass er denselben irgend einem Nachbarvolke entnommen hatte. Da nun während des mehr als 500jährigen Bestehens der hebräischen Monarchie dieser Gebrauch sich nicht wiederholte, so lässt sich voraussetzen, dass dieser erste Versuch auch der letzte war, da er höchst wahrscheinlich als Entwürdigung eines von den Hebräern viel höher, als von des wahnsinnigen Saul's Anhängern geschätzten Gebrauchs angesehen wurde.

Aus dem oben Mitgetheilten ergiebt sich, dass die Legalisirung der Beschneidung in der mosaischen Gesetzgebung unzweifelhaft auf Grundlage hygienischer Anschauungen geschah, und dass sie von den Gesetzgebern im Alterthum erst nach langer und reiflicher Ueberlegung angenommen wurde. Dieses wird durch die biblische Erzählung von der Beschneidung Abraham's bestätigt. Dieser entschloss sich dazu erst im 99. Lebensjahre, nachdem er vielfache Reisen in Vorderasien und im benachbarten Theile Afrika's gemacht hatte, von wo er wahrscheinlich diese Sitte mitgebracht hatte. Es ist Grund zu der Annahme vorhanden, dass er diesen Gebrauch den Aegyptern entlehnt hat, da aus der Bibel sich ergiebt, dass die Beschneidung Abrahams und seiner Hausgenossen mit seiner Uebersiedelung aus Aegypten nach seiner Heirath mit der Aegypterin Hagar zusammenfällt.

Es lässt sich übrigens denken, dass dieser Gebrauch auch bei den Völkern, denen Abraham ihn entnommen, einen religiösen Charakter hatte, da er ihn für so heilig hielt, dass er ihn zum Inhalt eines Schwurs machte: bekanntlich lässt er Eleazar, der ein Weib für Isaak suchen soll, die Hand unter die Hüfte, also an das beschnittene Glied beim Schwören legen (Genes. XXIV. 2). Dieses darf uns nicht sonderbar erscheinen, wenn wir bedenken, dass bis jetzt bei den Hindus, den Verehrern des Çiva das «Lingam», die Abbildung des männlichen Gliedes, als Symbol des lebendigen Feuers und des activen Weltprincips gilt, für heilig gehalten wird und als Gegenstand der Verehrung dient[8]). Höchst wahrscheinlich war der Lingamcultus auch den alten Scythen bekannt; im botanischen Garten zu Kiew befindet sich neben zwei steinernen Weibergestalten auch ein, gleichfalls dort aufgefundenes steinernes Lingam. Wie sehr die Hermessäulen in Griechenland geehrt worden sind, ist ja bekannt und ebenso, dass Alkibiades zum Tode verurtheilt wurde, weil die ihn vor seiner Abreise begleitenden trunkenen Gefährten nachts die männlichen Glieder der allzuzahlreich in Athen vorhandenen Hermessäulen abschlugen.

Die Christen gaben diesen Gebrauch aus rein äusserlichen Gründen auf, da bekanntlich die ersten östlichen Christen (in Asien und Afrika) sich alle beschneiden liessen, während die westlichen (Rom) diesen Gebrauch ablehnten. Dieses erklärt sich daraus, dass in Rom die *Beschnittenen* (secuti [9]) nicht besonders beliebt waren, wie es aus einigen Satiren Juvenal's (Sat. XIV) ersichtlich, und dass darunter Juden und Christen verstanden wurden, welche selbst mit einander verwechselt wurden.

Die Benennung «Christen» legten sich zuerst die Bekenner der neuen Lehre in Antiochien bei (Apostelgesch. XI. 26), während sie bisher »Gläubige» genannt wurden und in beschnittene (d. h. Hebräer) und in unbeschnittene Gläubige geschieden wurden (Apostelgesch. X. 45 «die Gläubigen aus der Beschneidung» und ibidem XI. 3). Da in Bezug auf die Verbreitung der neuen Lehre ein Gebrauch, der in den Augen der Römer etwas Erniedrigendes hatte und als directes Zeugniss für die Angehörigkeit zu einer geheimen Secte dienen konnte, nicht besonders hervorgehoben werden durfte, so nahm der eifrigste der Apostel, Paulus, die Unbeschnittenen in seinen Schutz. Desshalb berührt er in fast allen seinen Briefen die Frage von der Beschneidung, er hält sie für nützlich (Römer II. 25), antwortet auf die Frage: «— was nützt die Beschneidung? Zwar fast viel. Zum ersten ihnen (den Juden) ist vertraut, was Gott geredet hat» (Römer III. 1, 2), unterscheidet aber als Apostel der neuen Lehre die Beschneidung am Fleische (Ephes. II. 11—12) von der im Geiste Christi (Coloss. II. 11) und kommt zum Schlusse, dass von diesem Standpuncte: «Die Beschneidung ist nichts und die Vorhaut ist nichts, sondern Gottes Gebot halten» (1. Corinth. VII. 19), da nur: «der Glaube, der durch die Liebe thätig ist», gilt. (Galat. V. 6). Erst in seiner spätern

[6]) Die Kriegsgefangenen waren Staatseigenthum und wurden wahrscheinlicher Weise nicht beschnitten, wenigstens ist in der Bibel keine Rede davon (Deuteron. XX, 10—15).

[7]) Cf. den Artikel von W. Portugalow, Judaismus und Wissenschaft, in «Russkoje Bogatstwo» 1888. № 4. pag. 99—100.

[8]) Nach des berühmten Orientalisten W. Jones Ansicht stellt das Lingam eine symbolische Abbildung Çiva's selbst dar; Yoni — die weiblichen Geschlechtstheile, dienen wiederum den Anhängern Vischnu's als Gegenstand der Verehrung.

[9]) Alle Orientalen lebten, selbst in Rom, in einem besonderen Ghetto Transtiberium, wohin nie ein römischer Patricier einen Blick warf, und gingen desshalb unter den Römern die albernsten Fabeln über diesen Ort um; fast alle Einwohner sollten Magier sein und wurden desshalb gefürchtet — die Transtiberiner spielten damals in Rom dieselbe Rolle, wie bei uns jetzt die Zigeuner.

Thätigkeit verwirft er die Beschneidung ganz, als unnütz (Galat. V. 2), wegen der ihm beständig von den Beschnittenen gemachten Vorwürfe[10]) und weil er bemerkt hatte, dass die Heiden die neue Lehre williger als die Juden annahmen und: «die sich wollen angenehm machen nach dem Fleisch, die zwingen auch zu beschneiden, allein, dass sie nicht mit dem Kreuze Christi verfolgt werden» (Galat. VI. 12); endlich warnt er sogar vor der Beschneidung. (Philipp. III. 2). Damit hat Paulus einerseits den äusserlichen Unterschied zwischen Christen und Hebräern festgestellt, andererseits aber das wichtigste Hinderniss für die Ausbreitung der neuen Lehre weggeräumt, was durch die nachfolgenden Zeiten bewiesen wurde; nach Renan bildete *das Bestehen* auf der Beschneidung seitens der Juden die *einzige* Ursache für das Fehlschlagen der Propaganda Israels, welche seiner Zeit viele hinriss und sogar von einer allgemein-menschlichen Weltreligion für alle Völker träumte (Jesaia II); auf diese Weise gelang es den Juden nicht, ihre ihnen vorgezeichnete Mission zu erfüllen.

Ich wende mich nun zum *Rituale*. In den allerältesten Zeiten hat es begreiflicher Weise bei den Hebräern keine besondern ritualistischen Einzelnheiten gegeben, die Bibel stellt nur den Termin der Beschneidung[11]) fest: «und am achten Tage soll man das Fleisch seiner Vorhaut beschneiden» (Levit. XII. 3), giebt aber die Details dieses Gebrauchs weiter nicht an. Wie es scheint, konnte die Operation auf jede Weise und von Jedem ausgeführt werden, selbst von Weibern, welche nach der Bibel keinerlei religiöse Rechte hatten, wie das Beispiel der Zipora[12]) es zeigt. Später wurden verschiedene technische Handgriffe ausgearbeitet, welche auch bei den heutigen Hebräern, obgleich ohne kanonischen Charakter, gebräuchlich sind und entsprechend den Anforderungen der Wissenschaft theilweise verändert oder gänzlich abgeschafft werden müssten.

Das Wesentliche dieser Sitte besteht in der Abschneidung eines so grossen Stückes der freien Haut des Präputiums, dass die Eichel genügend entblösst wird. Jetzt wird bei den Hebräern diese Operation von Specialisten, Mohel (secutor), ausgeführt, welche gewöhnlich zu den Schochet[13]) gehören; doch beschäftigen sich nicht selten damit auch Liebhaber. Gewöhnlich wird sie gratis ausgeführt, doch giebt es in grossen Städten auch solche Specialisten, welche die Operation handwerksmässig, für Geld, machen. Wie wenig überhaupt die Person des Operateurs vom religiösen Standpuncte in Betracht kommt, erhellt aus dem Umstande, dass die Karaimen, welche den Talmudisten in jeder Beziehung fremd gegenüber stehen, die Operation fast immer von diesen ausführen lassen, falls sie selbst keine Specialisten haben.

Bei der Ausführung der Operation muss eine vollständige Gemeinde, Minjon (wenigstens 10 über 13 Jahre alte, also gesetzlich volljährige Männer), zugegen sein. Das Kind wird derart gewickelt, dass die Touren des Windelbandes vom Bauche über das Gesäss direct auf den untern Theil der Oberschenkel übergehen, sodass die Geschlechtstheile entblösst bleiben. Es wird von einem Assistenten gehalten; bei den Hebräern ist das eine besondere Ehre, Sandeka[14]) genannt; dieser Assistent legt das Kind auf seine Kniee, mit dem Kopfe auf seiner linken Hand, während die rechte die Füsse derart umfasst, dass die Hohlhand sich in den Kniebeugen befindet, der Daumen aber auf den Kniescheiben liegt und auf diese Weise die Füsse streckt; er selbst sitzt auf einem breiten Sessel oder Divan, (der Sitz selbst heisst bei den Juden Kisah-Elioha, Thron des Propheten Elias) und muss mit dem Gesichte nach Norden sehen, unter seinen Füssen befindet sich ein kleiner Schemel. Der Operateur bestimmt, nachdem er Tags vorher das Kind in Betreff seines Allgemeinbefindens untersucht hat, annähernd, wie viel von der Haut entfernt werden soll und schreitet dann zur Operation, welche aus den 3 folgenden Momenten besteht:

1) *Milah, Beschneidung*. Die Vorhaut wird mit Daumen, Zeige- und Mittelfinger der linken Hand gefasst und etwas nach vorn und oben gezogen, die rechte Hand ergreift das specielle Mohel-Messer (ein breites, gerades Rasirmesser, dessen Klinge mit dem Hefte unbeweglich verbunden ist) und trennt mit einem fiedelbogenartigen Schnitte ein Kreisstück der gefassten Vorhaut ab.

2) *Periah, Einreissen* der Vorhaut behufs Verhütung einer ringförmigen Vernarbung der Haut, welche zu einer Phimose oder einer Paraphimose führen könnte; dieses geschieht mit den Nägeln beider Daumen, wobei eigentlich nur das innere Blatt der Vorhaut eingerissen wird, während das äussere nur dann angegriffen wird, wenn es sich nicht gehörig zusammenzieht; der Riss geht längs dem obern Theil der Eichel. Wissenschaftlich besser wäre eine Spaltung auf der Hohlsonde.

3) *Mezzizah, Aussaugung des Blutes*. Dieses geschieht mit dem Munde und wird als eine besondere Ehre von irgend einem vornehmen Gast ausgeführt; ausgesaugt und ausgespien wird 2—3 Mal hinter einander. Der Zweck dieser Handlung besteht in der Production einer örtlichen Ischämie und in Verminderung der Blutung. Wegen vieler wissenschaftlicher Gegenanzeigen muss dieser Gebrauch abgeschafft werden, was auch von Seiten des französischen hebräischen Consistoriums und der Berliner reformirten hebräischen Gemeinde bereits geschehen ist.

Nach vollendeter Beschneidung wird der Penis mit einer dicken Schicht eines aus faulem Holze dargestellten Pulvers oder mit Lykopodium (M o h e l - M e h l), bei den Karaimen aber mit dem gebrannten und gepulverten Steine «Kil» bestreut. Dieses Streupulver soll einerseits als antiseptischer Verband dienen, andererseits aber durch Aufsaugung des Harns eine Reizung der Wundoberfläche verhüten und wird je nach Bedürfniss etwa 2 Mal Tags über gewechselt[15]). Gewöhnlich heilt die Wunde in 3 Tagen, was Veranlassung zu einer kleinen Familienfeier, der sogen. Schelischah l'Milah, d. h. dritter Tag der Beschneidung giebt. Uebrigens haben die Hebräer selbst die Ueberzeugung, dass das Kind am 3. Tage nach der Beschneidung die grössten Schmerzen empfindet und berufen sich dabei auf die bekannte biblische Erzählung (Gen. XXXIV, 25).

Der Talmud gestattet, die Beschneidung ganz zu unterlassen, wenn die ersten zwei Brüder des betreffenden Kindes in Folge dieser Operation gestorben sind (Hämophilie, die bekanntlich erblich ist); ist der Neugeborene bloss krank oder die Operation aus irgend welchen Gründen im gegebenen Momente nicht ungefährlich, so wird sie nur aufgeschoben, dann kann sie aber nie am Sonnabend oder an einem Feiertage ausgeführt werden. Ist das Kind aber ohne Vorhaut geboren, so genügt gewöhnlich eine einfache Blutentleerung aus dem Gliede; ist das Präputium wenig entwickelt, so

---

[10]) Aehnliche Vorwürfe wurden auch dem Apostel Petrus gemacht. (Apostelgesch. XI. 18).

[11]) Dass Moses den 8. Tag nach der Geburt für den Act der Beschneidung bestimmt hatte, während für die religiöse Volljährigkeit 1 Monat galt (Numer. III, 15, 40), und dass ein Kind vor erreichtem ersten Monate nichts galt, ist in dem Umstande begründet, dass in der Bibel nur des Menschen, der älter als einen Monat ist, erwähnt wird und dass nach dem hebräischen Rituale die 7-tägige Trauer um unter 30 Tage Alte nicht geübt wurde. Meiner Ansicht nach ist dieser Termin den Hindus entlehnt, bei welchen die neugeborenen Kinder einen Namen erhielten und überhaupt der Kaste erst am 10. Tage nach der Geburt beitraten. (H a e s e r: Geschichte der Medic. Jena 1875. I. Bd. pag. 34—35.) Moses hat nur das indische decimale System durch das septimale bei den Hebräern geltende ersetzt (Exod. XX, 8, 9).

[12]) Cf. oben und Exod. IV. 26.

[13]) Der Schochet ist bekanntlich eine Art geistlicher Person bei den Juden.

[14]) Das ist keine Art Taufvater (Koneljski), da es bei den Hebräern nach Christenart besondere «Gevoter» giebt, welche unter jungen Leuten, selbst Kindern beiderlei Geschlechts gewählt werden. Im Allgemeinen hat der Begriff *Taufeltern* bei den Hebräern nie den Sinn, wie bei den Christen und ist wahrscheinlich im Mittelalter in Deutschland aufgetreten, wofür auch das deutsche Wort spricht.

[15]) Dieses Alles kann jetzt durch einen gewöhnlichen antiseptischen Verband ersetzt werden.

müssen die oberen Stücke der Haut so beschnitten werden, dass die Vorhaut eine, der nach normaler Beschneidung ähnliche Form erhält; in allen diesen Fällen muss an dem etwa vorhandenen inneren Blatte die Periah ausgeführt werden.

II. Die Bedeutung der Beschneidung.

Alle mit angeborener Phimose behafteten Kinder müssen beschnitten werden, auch selbst diejenigen, welche keine Phimose, aber eine lange und welke Vorhaut haben; sie gewinnen durch die Operation in Hinsicht auf *Reinlichkeit, Gesundheit* und *Sittlichkeit* und wäre es gut, wenn diese orientalische Sitte, einerlei ob aus religiösen oder moralischen Gründen auch bei uns eingeführt werden würde.

J. E. Erichsen, Chirurgie T. II, p. 922.

Das Wesen dieser Operation besteht in der Entfernung des die Glans penis umhüllenden Futterals (Fourreau der Franzosen) oder der Scheide. Das Präputium besteht aus der Haut des Gliedes, welche, an dessen Enden angelangt, sich umschlägt und sich, an seine innere Oberfläche legend, an den Kranz der Eichel anheftet; es stellt somit eine Hautduplicatur dar, deren innere Fläche wegen mangelnden Luftzutrittes zu einer Schleimhaut wird [16]). Der freie Rand der Vorhaut zeichnet sich durch eine grosse Mannigfaltigkeit seiner Form aus, bald ist er sehr eng und zeigt nur eine einige Millimeter breite Oeffnung, welche die Eichel nur ungenügend hervortreten lässt — Phimosis congenita, bald ist er so breit, dass er durch seine eigene Elasticität hinter den Eichelkranz sich zurückzieht; zwischen diesen beiden Extremen giebt es alle Uebergangsformen [17]).

Die physiologische Bedeutung der Vorhaut kann nur durch die vergleichende Anatomie erkannt werden. Betrachtet man sie vom Standpuncte der Entwickelungstheorie, so kann sie beim Menschen nur als Rudiment des grossen Penisfutterals bei Thieren aufgefasst werden, welche auf einer niedrigeren Stufe stehen (z. B. den Vierfüsslern); es ist ja auch eine allgemein bekannte Thatsache, dass je weniger ein Thier entwickelt, desto mehr seine Geschlechtstheile in der Bauchhöhle oder deren Decken versteckt sind und nur während der Erection hervortreten. Das Hervortreten des Geschlechtsorgans als besonderes hängendes Adnexum wird nur beim Menschen und einigen Affen beobachtet und ist übrigens auch bei ihnen die Eichel hinter der Vorhaut versteckt.

Die erste Frage, welche bei der Beurtheilung der Tauglichkeit der Beschneidung auftaucht, ist die nach ihrer Gefahrlosigkeit, worauf die kategorische Antwort erfolgt, dass sie absolut ungefährlich sei. Man braucht nur daran zu denken, bei wie jungen Kindern (am 8. Tage nach der Geburt) und an wie vielen Millionen derselben im Verlaufe von Jahrtausenden bei den meisten Völkern des Orients die Operation ausgeführt worden ist, um ein für alle Male alle gegen dieselbe in dieser Beziehung gemachten Einwände zu widerlegen; in Russland allein werden jährlich bis zu 35,000 [18]) Knaben beschnitten und gehören dennoch Todesfälle bei dem jetzt üblichen Modus der Operation zu seltenen Ausnahmen.

Welchen Nutzen bringt sie aber? Dieses beantwortet uns die Pathologie. Bekanntlich unterliegt der Mensch selbst bei normaler Vorhaut bei ungenügender Reinlichkeit allerlei Krankheiten. An der Uebergangsstelle der Schleimhaut der Vorhaut auf die Corona glandis befinden sich bekanntlich eine Menge Talgdrüsen, die Glandulae Tysonianae, deren Absonderung, Smegma praeputii, sich mit dem abgestossenen Epithelium vermengend, sich zersetzt und reizt; die Folgen davon sind: Verwachsen der Vorhaut mit der Eichel, was bei Kindern so häufig vorkommt, dass Bokai es für eine physiologische Erscheinung hält; übrigens nimmt er an, dass die Häufigkeit dieser Verwachsungen in umgekehrtem Verhältnisse zum Alter der Kinder stehe [19]). Ferner bilden sich Balanitis, Balanoposthitis, endlich entsteht bei Anwesenheit von Schrunden am Rande der Vorhaut eine Phimosis acquisita.

Doch ist dieses Alles nicht so ernst, wie die Phimosis congenita (*Fig. I*), welche bekanntlich in einer angeborenen Enge des Orificium praeputii besteht. Nach J. L. Petit kann diese Oeffnung auch ganz zugewachsen sein, zuweilen ist sie so eng, dass eine gewöhnliche Sonde mit Mühe durchgeht [20]). Nach Park ist die angeborene Phimose so häufig, dass nur bei 20 % (30 von 153 Kindern) die Vorhaut über den Eichelkranz gezogen werden kann [21]). Die Folgen eines solchen abnormen Präputiums können äusserst verschieden sein und dabei nicht voraus bestimmt werden, und könnte ich den oben angeführten Erkrankungen noch eine lange Reihe anderer hinzufügen. Vor Allem spielen die erste Rolle natürlicher Weise die Erkrankungen des Urogenitalsystems. So entstehen bei mangelhafter Entwickelung der Eichel Schwierigkeiten bei Erection und Coïtus bis zu vollkommener Impotenz; die Ejaculation des Samens wird auch behindert, er verfängt sich im Blindsack zwischen Vorhaut und Eichel solange die Erection dauert und liegt hierin nicht selten die Ursache der Unfruchtbarkeit. Die Statistik [22]) ergiebt, dass allein in Frankreich gegen 2 Millionen Frauen steril bleiben und bleibt nach Spencer Wells und M. Sims von 8 verheiratheten Frauen eine unfruchtbar, nach M. Duncan ist dieser Procentsatz noch höher, 15 [23]). Es unterliegt keinem Zweifel, dass in vielen Fällen an der Kinderlosigkeit der Frauen die Männer Schuld sind, und mag bei diesen das oben angeführte Moment nicht die geringste Rolle spielen. Jedenfalls war die Möglichkeit einer Impotentia generandi in Folge von Phimose schon den Alten (Philon) bekannt und wird von den neuesten Autoritäten anerkannt [24]).

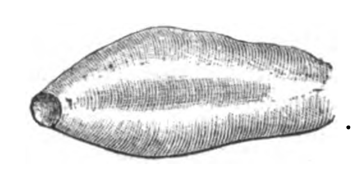


Fig. I. Phimosis congenita.

Aus derselben Ursache, d. h. wegen Nichtübereinstimmens der Vorhautmündung mit der der Harnröhre, können Störungen der Miction mit allen Anzeichen einer vermeintlichen Lithiasis, von einer Harnretention an bis zu vollständiger Erkrankung der Harnorgane vorkommen; es entwickeln sich intermittirender Harnabgang, Strangurie, Hämaturie, Cystitis, Prolapsus recti, Priapismus u. a. [25]). Der in dem oben erwähnten Blindsacke sich anhäufende Harn kann kalkige Concretionen und selbst Harnsteine bilden. Erichsen führt einen Fall von Whishaw aus Fisibad an, der bis zu 426 Steinchen von Stecknadelkopf- bis zu Kirschkerngrösse bei einem 60-jährigen Hindu entfernte, welcher sich an W. wegen einer Geschwulst an der Eichel wandte; der Charakter dieser Geschwulst offenbarte sich erst nach dem Schnitte [26]) Einen ähnlichen Fall beobachtete Richet auf der Klinik Velpeau's, welcher aus dem Präputialsack 32 Steinchen von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der einer Erbse entfernte [27]). Es finden sich überhaupt in der Literatur eine Menge Fälle von Steinen im Präputialsack und zwar in allen Lebensaltern, selbst bei Kindern verzeichnet, so z. B. 1 Fall bei einem 2-jährigen Knaben, dem 51 gegen 190 Grm. wiegende Steine entfernt wurden [28]).

[16]) A. Richet: Manuel pratique d'anatomie chirurgie, T. II.

[17]) Ibidem.

[18]) Diese Zahl ist als Mittel aus den bei den Hebräern in der neunjährigen Periode von 1871—79 geborenen Knaben genommen. Nach dem „Statistischen Jahrbuch" wurden in dieser Zeit 354,603 Knaben geboren. (Woschod 1887, Buch XI, pag. 86).

[19]) Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. IV, 3, pag. 121.

[20]) Tillaux: Anatomie topographique. Russ. Uebers., p. 834.

[21]) Jahrb. für Kinderheilkunde, Bd. XVII, pg. 152. Koneljski op. cit.

[22]) Kisch: Sterilität. Eulenburg's Real-Encyclop., p. 3.

[23]) cf. Koneljski, op. cit. Wratsch № 35, pag. 671—72.

[24]) Courrier médic. 1888, № 11. Varietés, article: ‹Do vitam›.

[25]) Th. Bryant: The practice of surgery, Vol. II, p. 149—150.

[26]) J. Erichsen: Theoret. und prakt. Chir. T. II, pag. 121. (Russ. Uebersetzung).

[27]) A. Richet, op. citat., pag. 712.

[28]) Berl. klin. Wochensch., 1879, № 3. Die betreffende Literatur ist recht ausführlich bei Koneljski, op. cit., angeführt.

Eine der ernstesten Folgen der Phimose ist aber die Paraphimose, wenn die verengerte Vorhaut hinter die Eichel sich verzieht, was mit einiger Anstrengung während des Beischlafes oder des Onanirens geschehen kann, und sind die Folgen der Paraphimose desshalb gefahrdrohender, weil sie rasch eintreten und leicht zu Gangrän des Penis führen können.

Bei Erwachsenen kann nach Bryant[29]), bei vorhandener Prädisposition, eine unverhältnissmässig lange und enge Vorhaut zu Krebs derselben führen, während sie im Kindesalter einen beständigen Reiz der Geschlechtsorgane setzt und allendlich zur Masturbation führen kann. Dabei ist nicht zu vergessen, dass selbst ein normales Präputium zum Ausgangspuncte einiger Geschwulstformen werden kann, von welchen gutartige, wie Lipome, Talggeschwülste, Fibrome, ziemlich selten vorkommen, während der maligne Krebs, die Lepra keine Seltenheit darstellen. In der letzten Zeit haben französische Beobachter (Ricord, Rollet) eine neue, wahrscheinlich von der Vorhaut ausgehende Krankheit beschrieben; Laurent hat einen einschlägigen Fall unter dem Titel: «Lymphangite inflammatoire simple du pénis suivie de suppuration»[30]) veröffentlicht, in welchem Syphilis absolut ausgeschlossen werden konnte.

Wie häufig Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane sind, welche direct oder indirect mit dem Präputium in Zusammenhange stehen, das kann man aus den Zahlen ersehen, welche ich dem Berichte des Prof. Karawajew aus der Kiewer chirurgischen Klinik für 1844—82 entnehme[31]). Von den, in diesem Zeitraum ausgeführten 2930 Operationen betrafen 229 (circa 8%) die männlichen Genitalien; von diesen 229 wurden bei Krankheiten der Vorhaut 118 (52%) gemacht. Phimosen und Paraphimosen wurden 73 (bis 32%) operirt. Diese 118 Fälle vertheilen sich nach den Krankheiten folgendermaassen:

Krankheiten	Zahl	Bemerkungen
Abscessus glandis	1	
Ulcera penis mollia	9	8 davon befanden sich auf der Vorhaut.
Gangraena penis	5	3 post operationem phimosis.
Carcinoma penis	2	
Cancer penis	17	Meist zusammen mit Phimosis congenita.
Lupus glandis	5	
Elephantiasis praeput. et scroti	2	1 geheilt durch Circumcision.
Condylomata accuminata	4	
Phimosis	63	
Paraphimosis	9	
Accretio praeputii	1	
	118	

Und dieses Alles aus einer Klinik, weche etwa 15 bis 25 Betten hatte; wie ärmlich das Material dieser Klinik wegen Mangel an Plätzen war, ist daraus ersichtlich, dass im Verlaufe von fast 40 Jahren nur 9 Fälle von Ulcus molle und 4 von spitzen Condylomen vorgekommen sind.

Gehen wir jetzt von den rein localen zu den reflectorischen Erkrankungen über. Hier sehen wir auf dem ersten Plane die allerverschiedensten Neuropathien und möchte ich den Satz aufstellen, dass hinsichtlich der Entstehung von Neurosen beim männlichen Geschlechte die Vorhaut dieselbe Rolle spiele, wie beim weiblichen das Ovarium, und wenn beim letzteren unter Umständen die Castration angezeigt sein kann, so müssen beim männlichen Geschlechte in allen Nervenkrankheiten die Geschlechtstheile sorgfältig untersucht und nöthigenfalls die unschuldigste aller Operationen, die Circumcision ausgeführt werden.

Und thatsächlich giebt es kaum eine Neurose, bei welcher, nach vorangegangenen vergeblichen, anderweitigen Heilversuchen die Circumsion nicht geholfen; in diesen Fällen war die Vorhaut immer mehr oder weniger anormal. Sayre weist auf reflectorische Lähmungen und Contracturen der Unterextremitäten, Erichsen auf spasmodische Erkrankungen hin, welche durch angeborene Phimose hervorgerufen werden[32]). Gray, Reverdin, u. A. bestätigten dieses, Tomas[33]) führt 16, durch Circumcision geheilte Fälle von Trismus neonatorum an, Adams[34]) heilte eine Enuresis nocturna, Sinclair[35]) eine Epilepsie bei einem 3-jährigen Knaben mit täglichen Anfällen durch Beschneidung. Besonders interessant ist eine vor Kurzem durch Aug. Reverdin (Genf) veröffentlichte Beobachtung. Ein 9jähriger Knabe litt allem Anscheine nach an «Coxalgie», wurde 6 Monate im Bette gehalten und vergeblich mit Extension behandelt. Da bemerkte Reverdin, dass die Vorhaut des Kranken sehr lang und sehr eng war und entschloss sich, trotz mangelnder Zeichen von Entzündung, die Circumcision auszuführen; der Knabe genas drei Tage nach der Operation und hat bereits 1 Jahr lang nach derselben gar keine Schmerzen mehr[36]). Ausserdem beobachtete Reverdin nach der Beschneidung eine bedeutende Besserung der psychischen Thätigkeit bei einem zu Selbstmordversuchen geneigten Hypochonder und Heilung einiger Epileptiker. Von verschiedenen anderen Autoren sind Heilungen von Hemi- und Paraplegien, nervösem Zittern, Chorea minor, Neuralgien, Hysterie, Hysteroepilepsie, Hallucinationen, Paresen u. a. durch die Circumcision verzeichnet.

Ich gehe nun zu einer Frage über, welche betreffs der Volksgesundheit sehr wichtig ist, nämlich die grössere Möglichkeit syphilitischer Infection bei nicht beschnittenen Personen, im Vergleiche mit den beschnittenen Hebräern und Muhammedanern. Das höchst seltene Vorkommen der Syphilis bei den Hebräern ist allbekannt (Stellwag), obwohl sie in grösseren Städten in der Uebertretung des 6 Gebotes andern Nationen nichts nachgeben werden; die Muhammedaner sind fest überzeugt von ihrer Immunität gegen syphilitische Ansteckung beim Coïtus. Nach Störk liegt die Hauptquelle der Infection für dieselben in den Mundstücken ihrer Pfeifen, welche jeder Hauswirth seinen Gästen vorzusetzen sich verpflichtet fühlt; desshalb giebt es auch bei ihnen so viele primäre syphilitische Geschwüre in und um den Mund herum[37]).

Der Grund, wesshalb Unbeschnittene leichter inficirt werden, ist ein rein anatomischer[38]). Bekanntlich ist bei ihnen die Eichel und die innere Lamelle der Vorhaut mit einer zarten Schleimhaut überzogen. Während des Beischlafs zieht sich die Vorhaut in Folge der Erection und der Verlängerung des Gliedes zurück und erscheint auf diese Weise nur etwa der halbe Penis durch die Schleimhaut geschützt, welche bekanntlich leichter als die Epidermis resorbirt und ausserdem leicht Risse bekommt. Dieses rührt daher, dass sie nicht elastisch ist, und kann sie sich desshalb nicht so gut ausdehnen, wie die Oberhaut des Penis; darum zeigen sich auch am Halse der Eichel, wo die Schleimhaut ganz starr ist, so oft post coïtum Blutungen, was im Publicum auf das Einschneiden der Haare geschoben wird (?!) und die Infection sehr begünstigt. Dazu kommt noch die Resorption im Präputialsacke zurückbleibender ansteckender Secrete der Scheide nach dem Herausziehen des Penis, besonders bei unreinlichen Personen — und die Ursache einer besonderen Prädisposition für Ansteckung bei den Unbeschnittenen ist klar.

Bei den Beschnittenen aber verwandelt sich das Epithel

[29]) Th. Bryant, op. cit., pag. 156.

[30]) Courr. médic. 1888, № 9, pag. 84—85.

[31]) W. A. Karawajew: Die chirurgische Facultätsklinik, Tab. p. VI und pagg. 231—256. Dieser Bericht wurde zum 50-jährigen Jubiläum der Kiewer Universität vorbereitet und umfasst die ganze Lehrthätigkeit unseres ehrwürdigen Chirurgen.

[32]) Erichsen, l. c.

[33]) Schmidt's Jahrb. 1883. № 4. p. 53, citirt bei Koneljski.

[34]) Adams, Courr. méd. 1888. p. 219.

[35]) Brit. med. Journ. 1887, 17. Dec. Wratsch 1887, № 51.

[36]) Rev. med. de la suisse romande. Courr. médic. 1888. № 23 pag. 219.

[37]) Störk in Pitha-Billroth-Chirurgie.

[38]) Ich schweige darüber, dass eine phimotische Vorhaut das Stellen der Diagnose und die Behandlung sehr erschweren kann.

der Eichel und des innern Vorhautblattes in Folge der beständigen Berührung mit der Luft in Epidermis und bildet so einen etwas sichereren Schutz. Freilich stumpft sich bei ihnen die Reizbarkeit der Nn. erigentes ab, wesshalb auch der Impetus coeundi hier weniger stürmisch ist, was aber durch die längere Dauer des Actes aufgewogen wird, da gleichzeitig auch der Reflex auf die Nn. ejaculatorii abgeschwächt ist[39]).

Es ist nicht allein von einzelnen Autoritäten, sondern auch von ganzen medicinischen Collegien die Thatsache festgestellt, dass Beschneidung die Wahrscheinlichkeit der Infection vermindert So wurde auf dem internationalen medicinischen Congresse 1867 in Paris unter andern prophylactischen Maassregeln gegen die Syphilis auch die obligatorische Beschneidung[40]) vorgeschlagen; die medicinische Gesellschaft in Leeds fasste direct einen Beschluss, welcher die zwangsweise Beschneidung jedes neugebornen Knaben in der 1—2 Lebenswoche als eine Maassregel billigte, welche die Erkrankung an Syphilis vermindern könnte[41]). Da nun diese eine hervorragende Rolle im jetzigen Leben der europäischen Staaten spielt, namentlich angesichts des herrschenden Militarismus, der hoch entwickelten industriellen Thätigkeit und dem raschen Wachsen der grossen Centren, so kann man hoffen, dass die Zeit kommen werde, wo diese kleine Operation, ähnlich der Vaccination, als sanitäre Maassregel überall eingeführt sein wird.

Ich muss aber hier gleich bemerken, dass nach meinen (zweijährigen) Beobachtungen die Beschnittenen viel leichter sich mit Urethrablennorrhoe inficirten, als die Nichtbeschnittenen, was gleichfalls durch die lange Dauer des Coïtus bei den Hebräern erklärt wird; ferner erweitert sich die Mündung der Harnröhre beim Mangel der schützenden Vorhaut und in Folge der fortwährenden Reibung an den Kleidern allmälig, so dass sie im Allgemeinen bei den Hebräern grösser ist, als bei den Christen. Auch die Statistik fängt an diese Thatsache zu bestätigen; nach Hutchinson[42]) z. B. ist im Metropolitan Free Hospital, das in einem Stadttheile liegt, wo die Zahl der Christen zu der der Hebräer sich wie 1:3 verhält, das Verhältniss der Syphilis zwischen den beiden Stämmen wie 1:15, hinsichtlich des Trippers aber erkrankten daran die Hebräer mehr als zur Hälfte; Aehnliches hat auch Mariamski[43]) am Odessaer Stadthospital beobachtet, doch muss diese Frage vorläufig noch offen gelassen werden. Sollte dieselbe übrigens auch in der Folge bejaht werden, so kann damit doch die Bedeutung der Beschneidung nicht verringert werden, denn was bedeutet die locale Urethrablennorhoe gegenüber der allgemeinen Syphilis?

Zum Schlusse meiner Betrachtungen über den Nutzen der Beschneidung will ich den moralischen Einfluss derselben berühren. Prof. Hammond[44]) meint freilich, dass diejenigen Völker, welche diesen Gebrauch nicht angenommen haben, sich wohler und glücklicher fühlen, als die welche sich mit einem Attentate auf die schutzlose Kindheit besudelt und befleckt haben, aber was will diese chauvinistische, persönliche Volkszufriedenheit dem Wohle der ganzen Welt gegenüber sagen? Es ist doch statistisch festgestellt, dass die Hebräer ein ganz unbedeutendes Procent an Criminalverbrechern stellen, Anklagen aber wegen Mord und Sittlichkeitsdelicten kommen bei ihnen fast garnicht vor; auch giebt es unter ihnen äusserst wenig Selbstmörder. Berücksichtigt man nun den Umstand, dass Verbrechen gegen die Sittlichkeit und der Selbstmord in directer Abhängigkeit von der Entwickelung der sexuellen Erregung stehen, so kann man schliessen, dass letztere bei den Hebräern bedeutend abgeschwächt sei. Dagegen ist bei ihnen der Familiensinn entwickelt, wofür auch, bei der grossen Fruchtbarkeit der Hebräer überhaupt, die geringere Anzahl Neugeborner bei ihnen spricht. Dieses erklärt sich dadurch, dass in Folge der Beschneidung die Erregbarkeit des Penis abnimmt und der Verstand die Leidenschaft unterdrückt, und dass an die Stelle egoistischer Regungen die Anforderungen der Moral treten. Die Milderung der Sitte durch die Beschneidung ist schon der Bibel bekannt, so dass der Begriff «harter Mensch» mit den Worten «Orel leb» d. h. mit «*unbeschnittenem* Herzen» wiedergegeben wird; in diesem Sinne müssen auch die Worte des Apostels Paulus aufgefasst werden: «und die Beschneidung des Herzens ist eine Beschneidung, die im Geiste und nicht im Buchstaben geschieht». (Röm. II. 29).

Nach allem von mir oben Mitgetheilten wird ein Jeder dem als Motto dieser Abhandlung vorgesetzten Ausspruche Erichsen's beistimmen und begreifen, warum viele, nicht allein hebräische, medicinische Autoritäten, wie Malgaigne, Ricord, Danielsen, Reverdin u. A. kategorisch für die Einführung der Operation eintreten, während als Hauptgegner weniger in dieser Frage competente Humanisten wie Spencer, Renan erscheinen.

(Schluss folgt.)

[39]) *Bemerkung.* Die Verlangsamung des Coïtus bei den Hebräern erstreckt sich nach den von mir bei Frauen eingezogenen Erkundigungen bis auf 10 und mehr Minuten, worauf, meiner Ansicht nach, auch das häufige Vorkommen von Metritiden bei den sonst sittlich reinen hebräischen Frauen beruht.

[40]) M. Stukowenkow: Ueber die Verbreitung der Syphilis u. s. w. Kiew. 1883. p. 16. (russisch.)

[41]) Koneljski, op. cit. № 35. p. 672.

[42]) Koneljski, op. cit.

[43]) Koneljski, op. cit.

[44]) Portugalow, op. cit.

Referate.

Prof. E. Zuckerkandl (Graz): Zur Resection des Nervus buccinatorius. (Langenbeck's Archiv. XXXVII, 2).

Die Resection des Nervus buccinatorius kann entweder von der Mundhöhle oder von der Wange aus vorgenommen werden. Die erstere Methode gestattet zwar eine Freilegung des nur von der Schleimhaut bedeckten *Nervenstammes* an der Innenfläche der Sehne des M. temporalis und somit die Ausschaltung seines ganzen Innervationsgebietes, bietet aber in der Enge des Operationsfeldes und der Schwierigkeit, dasselbe aseptisch zu halten, grosse Nachtheile. Dennoch war die Operation von der Wange her, wie sie bisher geübt wurde, noch unvollkommener. Dieselbe gewährte eigentlich nur Zugang zu dem stärksten Nebenzweig des Nerven, dem Mundwinkelast, der innerhalb des vom vorderen Masseterrande, der Vena facialis anter. und dem Ductus Stenonianus begrenzten Dreiecks an der äusseren Fläche des M. buccinatorius aufgesucht wurde, wobei zahlreiche quer über das Operationsfeld verlaufende Aeste des N. facialis in Gefahr kamen, verletzt zu werden. Verf. beschreibt nun ein Verfahren, den Hauptstamm des N. buccinatorius von der Wange her zu erreichen, dessen einzelne Acte sich in nachfolgender Weise darstellen:

1. Die Wangenhaut wird durch einen 5 Ctm. langen Querschnitt durchtrennt, der ungefähr einen Querfinger breit unterhalb des Jochbogens in der Projection des Ductus Stenonianus vom Tragus nach der Mitte der Naso-labialfalte hingeführt wird, so zwar, dass ca. ²/₃ der Schnittlänge vor dem Masseterrande liegen und im vorderen Wundwinkel der M. zygomaticus maj. erscheint.

2. Nach schichtweiser Durchtrennung der Fascie, welche den Duct. Stenonianus deckt, wird dann letzterer sammt den ihn begleitenden Facialiszweigen nach unten dislocirt und damit der Zugang zur Fossa bucco-temporalis freigelegt, worauf sich der dieselbe ausfüllende abgekapselte Fettklumpen mit Leichtigkeit in toto auslösen lässt.

3. Ist damit die Insertionspartie des M. temporalis freigelegt, so lässt sich der Hauptstamm des Nervus buccinatorius da, wo er derselben anliegt (ca. 2,5—3,0 Ctm. hinter dem vorderen Masseterrande) fassen, hervorziehen und ausschneiden.

G.

Cazenave de la Roche: Ueber Ignipunctur beim Rheumatismus im Allgemeinen. (Rev. génér. de clinique 1888, № 20).

C. führt 4 Fälle aus einigen 20 seiner Beobachtung an, in welchen er bei Gelenkrheumatismus mit glänzendem Erfolge die Ignipunctur mit dem Paquelin'schen Thermocauter, über einen Tag, angewandt hat. Schon früher (Juli 1887) hat er über ähnliche gute Erfolge der Ignipunctur bei Tabes dorsalis in derselben Zeitschrift berichtet.

Hz.

Marius Hirsch: Zur Diagnostik des Initialstadiums der Phthise, mit besonderer Berücksichtigung der Bronchophonie (D. Med. Z. 1888. № 27).

Verf. bespricht alle bekannten Symptome des Initialstadiums der Phthise und weist auf ihre Unsicherheit hin. Er vindicirt der schon von Laennec als eins der frühzeitigsten Symptome der Phthise

angeführten Bronchophonie eine grosse Bedeutung, da sie «eins der frühesten Symptome», vorhanden oft «vor jeder anderen percutorisch oder auscultatorisch nachweisbaren Veränderung» und «in vielen Fällen von ausschlaggebender Bedeutung» sei. «Sie beruht nach Laennec auf der Anwesenheit zerstreuter Tuberkel, die zu partieller Verdichtung des Gewebes und dadurch zu stärkerer Resonanz der Stimme führen». — Krankengeschichten illustriren das Gesagte. N.

Penkin: Zur Behandlung der Paraphimose. (Med. Obsr. № 9 und 10).

Verf. gebraucht an Stelle der bis jetzt üblichen, ziemlich weitläufigen und nicht rasch heilenden Methoden (Einschneiden des eingeschnürten Rings und Druck vermittelst einer elastischen Binde mit nachträglicher Reposition) seit 1885 eine Methode, welche von englischen Aerzten vorgeschlagen, doch nicht die gehörige Verbreitung, welche sie verdient, gefunden hat. Man nimmt am besten eine Schnur, wie sie in den Apotheken zum Verbinden der Flaschen gebraucht wird und wickelt damit in Touren den geschwollenen Penis von der Eichel bis etwa zur Mitte des Gliedes ein, nach 2—3 Minuten wird die Schnur abgewickelt, worauf die Eichel mit der grössten Leichtigkeit reponirt werden kann, wovon sich Verf. in mehreren Zehnern von Fällen überzeugt hat. Die Kranken verfügten sich sofort nach erfolgter Reposition heimwärts und waren in 2—3 Tagen vollkommen gesund. Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

W. Winternitz: Klinische Studien. Heft III. Zur Pathologie und Hydrotherapie des Fiebers. Leipzig und Wien 1888. 8°, 78 S.

Dieses Heft enthält ausser I. der im Titel erwähnten Arbeit von Winternitz noch: II. Historisches und Kritisches zur Antipyrese von L. Schweinburg und Alf. Winternitz. III. Calorimetrische Untersuchungen über die Grösse der Wärmeabgabe von der Körperoberfläche von Dr. Pospischil und IV. Analecten zur Theorie des Fieberprocesses von J. Pollack.

Sowie die beiden ersten Hefte dieses interessanten Sammelwerkes bildet auch dieses eine solide Bereicherung der Hydrotherapie, zu deren wissenschaftlichem Ausbau Winternitz so ausserordentlich viel beigetragen. Die Hydrotherapie ist den Aerzten leider noch bis heute fast eine terra incognita, von der sie, wie jeder Hydrotherapeut sich überzeugen kann, durchaus unzulängliche Vorstellungen haben. Ich kann nur aus vollem Herzen den von W. Winternitz citirten Ausspruch Oppolzer's unterschreiben: Die rationelle Hydrotherapie muss als Specialität vernichtet und zum Wohl der Kranken Gemeingut der ganzen medicinischen Welt werden.

Der Calorimeter von Winternitz beruht auf physikalisch unrichtigen Voraussetzungen, wesshalb die calorimetrischen Untersuchungen nur bedingten Werth haben. Buch (Willmanstrand).

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung am 11. Januar 1888.

1. Dr. Assmuth demonstrirte das Cystoskop von Nitze-Leiter-Hartwich. Seit 24 Jahren bestrebt man sich das Innere der Blase zu erleuchten. 1879 hat Nitze die ersten Mittheilungen über seinen Apparat gemacht, der allerdings alle bisherigen weit übertraf, aber die Intensität der Beleuchtung war eine ungenügende. Leiter und Hartwich brachten eine Reihe von Verbesserungen an, besonders an die Spitze des Cystoskops ein Eddison'sches Lämpchen. Nun war die Beleuchtung intensiv und dabei war keine Hitzeausstrahlung. Selbst wenn das Lämpchen während einiger Minuten in der Blase glühend erhalten wird oder glühend durch die Harnröhre entfernt wird, hat Pat. keine Schmerzempfindung. Wohl ist der Catheter etwas zu dick für die Harnröhre hier zu Lande; ob unser kaltes Klima auch diese Schleimhaut in chronisch geschwellten Zustand versetzt, oder ob Raçeneigenthümlichkeiten eine Rolle spielen — genug, dieselben Nummern wie im Süden sind hier schwer zu appliciren. Auch winklige Knickung des Instrumentes ist ein Uebelstand, über den Mittellappen der Prostata gleitet es mit einem Ruck hinüber.

2. Dr. Lehmann warnt vor der schrankenlosen Anwendung des Sublimates zur Desinfection. Es sind wirklich dadurch Intoxicationen und sei es auch nur Sublimatcolitis beobachtet worden. Dr. Assmuth hat 3 Jahre lang die Diele des Operationszimmers im weibl. Obuchowhospital mit Sublimat waschen lassen und doch keinen Schaden für irgend Jemand gesehen. — Dr. Rauchfuss theilt die Bedenken Lehmann's, wenigstens warnt der Apotheker des Oldenburg'schen Hospitals immer wieder vor dem Gebrauch des Sublimats zu Dielenwaschungen etc., allmälig würden dabei respectable Mengen von Hg. in den Unebenheiten der Diele angesammelt, die unmöglich gleichgültig sein können. — Im Oldenburg'schen Kinderhospital haben sich sehr bewährt bewegliche Leinwandwände zur Isolirung einzelner Betten (Diphtherie etc.). Das Waschen dieser Wände in kochendem Wasser macht sie durchaus wieder verwendbar.

Sitzung am 8. Februar 1888.

1. Dr. Kernig theilt seine Erfahrungen über die Behandlung Phthisischer mit Kreosot mit. Dasselbe wurde im Frühjahr 1887 von Sommerbrodt zuerst empfohlen; seitdem hat es K. vielfach im Obuchowhospitale und in der Privatpraxis angewandt. Das Bild, das diese Behandelten im Hospital darboten, war durchaus ein anderes als bei den früheren Behandlungen. Der Verlauf wird gutartiger, das Leben wird länger erhalten. Das Fieber lässt entweder ganz nach oder die T. wird subfebril; Husten wird weniger quälend, Sputa geringer, in einzelnen Fällen schwinden selbst die Bacillen zeitweilig. Dabei verträgt der Magen das Mittel gut, es scheint geradezu die Verdauung günstig beeinflusst zu werden, bestehende Durchfälle sistiren; jedenfalls ist es vorgekommen, dass Kranke im Hospital bei dieser Behandlung bis 6 Monate gelebt haben, ohne Durchfälle zu bekommen. Ebenso günstig waren die Resultate der Behandlung von Privatpatienten, auch bei Mittellosen, deren Wohnung und Ernährungsverhältnisse durchaus ungenügend waren. So sah K. bei einer armen Frau während der Kreosotbehandlung das bis dahin beträchtliche Fieber schwinden, sie erholte sich geradezu. Andererseits wird ein reicher Phthisiker, der im Sommer Samara-Kumysscuren braucht, im Winter in Zarskoje-Sselo wohnt und nur 2 Mal wöchentlich nach Petersburg kommt, mit Kreosot und Arsenik behandelt, ohne dass die Infiltration der linken Lungenspitze und die Zahl der Bacillen abgenommen hätte. Aber der allgemeine Ernährungszustand hat sich sehr gehoben. Gar kein Fieber. Die Form der Darreichung war zuerst die Sommerbrodt'sche: 3 Mal täglich eine Gelatincapsel, die 0,05 (fast 1 Gran) Kreosot und 0,2 Tolubalsam enthielt. Neuerdings giebt Sommerbrodt solcher Capseln bis 15 pro die, also 12½ Gran Kreosot. K. hat auch seine Dosis gesteigert, aber nicht zu solcher Höhe. Auch nach wochenlangem Gebrauch nie Albuminurie. Im Hospital giebt K. keine Capseln, sondern entweder: Kreosot gutt. 8 und Decoct. Altheae ℥IV pro die, oder Kreosot gr. XV, Tolubalsam ℨj, daraus 60 Pillen — 4 Pillen pro dosi, oder Kreosot ℨj, Kali arsenicosum gr.j, daraus 60 Pillen — 4 Pillen pro die. K. erinnert an die Untersuchungen P. Guttmann's im Moabithospital über die Entwickelung der Tuberkelbacillen auf Nährboden, dem Kreosot zugefügt war. Es ist constant, dass die Bacillen nicht mehr recht gedeihen, wenn der Kreosotgehalt nicht zu minimal war.

Endlich hat K. das Kreosot auch bei putrider Bronchitis mit Erfolg angewandt. Es handelte sich um eine Dame, die ab und zu ausserordentlich stinkenden Athem und dann auch Fieber hatte. Dann war längere Zeit der Athem geruchlos. Die Sputa blieben aber immer geruchlos, also anders als bei Lungengangrän. Seit dem October 87 braucht sie Kreosot innerlich und Carbolinhalationen. In letzter Zeit hat sie mit noch grösserem Erfolge das von Leyden empfohlene Carbol innerlich in Pillen (gr.jj pro die) genommen. Während des Kreosotgebrauches bemerkte K. in der Exspirationsluft Kreosotgeruch.

Dr. Moritz ist mit der Kreosotwirkung bei seinen Phthisikern im Ganzen zufrieden, nur macht es zuweilen gastrische Erscheinungen. Einer brauchte 8 Tropfen täglich eine Woche lang, da begannen Cardialgien: diese traten nicht wieder auf, als das Kreosot in minimaler Dosis beginnend allmälig gesteigert wurde. In der Exspirationsluft hat M. niemals Kreosotgeruch bemerkt, wohl aber bei Ructus.

z. Z. Director: Dr. Lingen.
Secretär: Dr. Masing.

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln. II.

(Vom 18.—23. September 1888.)

Auf der Tagesordnung der *ersten allgemeinen Sitzung* standen drei wissenschaftliche Vorträge. Den ersten Vortrag «*Ueber Verbrechen und Geistesstörung*» hielt Prof. Binswanger (Jena). Redner protestirt gegen die leichtfertige Uebertragung von Ergebnissen der anthropologischen Forschung auf die Verbrecherwelt und bekämpft die Ansicht, dass die Verbrechen auf angeborene Schädel- und Gehirnveränderungen und dadurch bedingte Geistesstörung zurückzuführen seien. Die Begriffe «Verbrechen» und «Verbrecher» behandle man heutzutage viel zu schablonenhaft und werfe allerlei Erscheinungen zusammen, die durchaus verschiedener Art seien und daher nicht nothwendig zusammengehörten. So werde z. B. kaum Jemand daran zweifeln, dass ein an epileptischem Schwindel leidender Mensch, welcher eine ihm unbekannte Person auf der Strasse ohne jegliche Veranlassung tödtet, als unzurechnungsfähig anzusehen und in dem Verbrechen die Aeusserung einer Geistesstörung zu erkennen ist. Dagegen könne ein von seinen Eltern verlassener Mensch, dessen Erziehung vernachlässigt, und der, durch schlechte Gesellschaft verleitet, schliesslich nach Verübung verschiedener geringer Vergehen ein von langer Hand vorbereitetes Verbrechen begeht, doch wohl nicht als irrsinnig bezeichnet werden. Der Vortragende widerlegte ferner die von Lombroso vertretene Anschauung, nach welcher der Geisteszustand der Verbrecher als ein Atavismus, als ein Rückschlag auf vorhistorische oder noch jetzt lebende niedere Menschenraçen anzusehen wäre. Es sei auch durchaus falsch, mit Benedikt einen Zusammenhang zwischen Verbrechen und einer bestimmten Anordnung der Hirnwindungen und Furchen, der Schädelform u. s. w. anzunehmen. Die Aufgabe der heutigen Psychiatrie, welche dem Criminalrichter berathend zur Seite stehen müsse, wurzele auf ganz anderem Boden als auf solchen Aeusserlichkeiten; sie habe vielmehr dem Verbrecher sozusagen von seiner Geburt an zu folgen und nicht nur alle Umstände zu erwägen, welche seiner geistigen Entwickelung die Richtschnur gegeben haben, sondern auch die Verhältnisse, Gewohnheiten, Vermögen u. s. w. des Verbrechers zu berücksichtigen.

Der zweite Vortrag, welchen Docent Dr. Lassar (Berlin) hielt, behandelte «*die Culturaufgabe der Volksbäder*». Redner wies in demselben zunächst auf die grossartige Entwickelung des Bäderwesens im Alterthum bei den Griechen, Römern, Ariern, Semiten hin. Im alten Rom existirten 856 Volksbäder, die 750 Millionen Liter Wasser verbrauchten. Jeder Römer konnte ein vortreffliches Bad für 5 Pfennige haben. Unser «Wein, Weib und Gesang» lautete bei den alten Römern «vinum, mulier et balnea». Auch die alten Germanen badeten, wie Tacitus und Cäsar bezeugen, fleissig. Der badefreundliche Sinn schwand bei den Deutschen allmälig in Folge der ansteckenden Krankheiten, welche nach den Kreuzzügen und namentlich während des dreissigjährigen Krieges auftraten und ein gemeinsames Baden gefährlich erscheinen liessen. Neuerdings sei zwar in Deutschland wieder so manches für körperliche Waschungen gethan, doch komme noch kaum auf 30,000 Einwohner des deutschen Reiches 1 Badeanstalt. In dem Schmutze unter den Fingernägeln sind nicht weniger als 78 Bacterienarten gefunden worden und auf der Körperhaut wie in den Kleidern wohnen Millionen von Pilzen, welche sich von fauligen Stoffen nähren — diese Thatsachen beweisen zur Genüge die Wichtigkeit der Körperreinigung. Im Interesse der öffentlichen Gesundheit müsse man dahin streben, Volksbäder zu schaffen, in welchen man ein kaltes und warmes Brausebad (die einfachste Form des Bades) nebst Seife und Handtuch für 10 Pfennige haben könne. Die Parole sei: Jedem Deutschen wöchentlich ein Bad.

Den Schluss der ersten allg. Sitzung bildete ein Vortrag des Forschungsreisenden Dr. von den Steinen (Düsseldorf): „*Ueber den Culturzustand heutiger Steinzeitvölker in Central-Brasilien (2-te Schingú-Expedition)*". Steinen fand die Schingú-Indianer noch in demselben Zustande lebend, in welchem Columbus die Indianer bei der Entdeckung Amerikas vorfand. Sie sind unbekleidet, leben in Monogamie und nähren sich von Jagd und Fischerei. Alle ihre Werkzeuge sind aus Stein gearbeitet. Sie betrachten sich als gleich mit den Thieren und von ihnen abstammend, jedoch als stärker und klüger. Ihre Kranken behandeln sie mit Anspucken, Anblasen oder Anrauchen; mit denselben Mitteln rücken sie auch den Gewittern und anderen elementaren Störungen zu Leibe.

Auf weitere Einzelheiten des interessanten Vortrages können wir hier, weil ausser dem Rahmen unserer Wochenschrift liegend, nicht eingehen. Den Bericht aber der zweiten allgemeinen Sitzung behalten wir uns für die nächste № vor. *Bf.*

Geheimrath Dr. N. J. Mamonow. †

Am 20. September verschied hierselbst der Director des Medicinaldepartements, Geheimrath Dr. Nikolai Mamonow, beständiges Mitglied des Medicinalraths, des Veterinär-Comités und des militär-medicinischen gelehrten Comités, im 57. Lebensjahre an Nephritis und Degeneration des Herzens.

Der Hingeschiedene stammte aus einer alten Kaufmannsfamilie Moskau's und hatte seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1852 war M. mehrere Jahre Arzt an einem Krankenhause auf dem Gute eines russischen Fürsten im Gouvernement Nishni-Nowgorod, kehrte i. J. 1856 aber nach Moskau zurück, wo er Ordinator am dortigen Marienhospital für Arme wurde und sehr bald sich auch einer ausgedehnten Privatpraxis erfreute. Im Jahre 1867 wurde er von der Moskauer Universität nach Vertheidigung seiner Dissertation: «Ueber die Ursachen der endemischen Steinkrankheit» zum Doctor medicinae promovirt und bald darauf zum Mitgliede des Curatorenconseils der Anstalten der Allgemeinen Fürsorge ernannt, wobei ihm zugleich die Oberleitung der syphilitischen Abtheilung am Arbeiterhospital übertragen wurde. In diese Zeit fällt auch seine Thätigkeit als Redacteur der jetzt eingegangenen «Moskauer med. Zeitung», nämlich von 1870—1873. Im Jahre 1876 erfolgte seine Ernennung zum Medicinalinspector der Civilhospitäler in Moskau, in welcher Stellung er jedoch nicht lange verblieb, da er noch im selben Jahre nach St. Petersburg übergeführt wurde, um den Posten des Vicedirectors des Medicinaldepartements beim Ministerium des Innern zu übernehmen. Nach dem Abgange des Geheimraths Rosow wurde Mamonow i. J. 1881 Director des Medicinaldepartements, welche Stellung er bis zu seinem Tode inne hatte, wobei er zugleich als beständiges Mitglied des Medicinalraths, des militär-medicinischen gelehrten Comités, sowie des Veterinär-Comités fungirte. Der Hingeschiedene galt als ein hochgebildeter Arzt und tüchtiger Administrator und wurde daher häufig zum Vorsitzenden oder Mitglied wichtiger wissenschaftlicher Commissionen ernannt. Von der Regierung wurde er wegen seiner Verdienste mit dem Geheimrathstitel und hohen Orden (St. Wladimir-Orden II. Classe; St. Annen- und St. Stanislaus-Orden I. Classe) ausgezeichnet. Die Dankbarkeit des ärztlichen Standes hat er sich namentlich durch seine Thätigkeit als Präsident der ärztlichen Unterstützungscasse erworben.

Vermischtes.

— Am 25. September d. J. begeht der Professor der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der hiesigen militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Joh. Mierziejewski, sein 25jähriges Dienstjubiläum. Die Collegen und Schüler desselben beabsichtigen ihm bei dieser Gelegenheit ein Album mit ihren Photographien zu überreichen.

— Der Professor der operativen Chirurgie an der Universität Kiew, Staatsrath Dr. Rineck, ist nach Ausdienung der gesetzlichen 25jährigen Dienstfrist *auf weitere 5 Jahre in seinem bisherigen Amte belassen* worden.

— Den durch den Tod des Prof. Laschkewitsch erledigten Lehrstuhl der therapeutischen Facultätsklinik an der Universität Charkow hat Prof. J. Obolenski übernommen, welcher bisher den Lehrstuhl für specielle Pathologie und Therapie an derselben Universität inne hatte. An des letzteren Stelle ist der bisherige Privatdocent Dr. Schiltow zum ausserordentlichen Professor der speciellen Pathologie und Therapie ernannt worden.

— *Verstorben*: 1) Am 5. September in Moskau der Ordinator der dortigen Augenheilanstalt A. Bassanin. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung auf der Universität Moskau erhalten und war anfangs kurze Zeit als Militärarzt in Kiew thätig. 2) Der jüngere Arzt des 79. Infanterieregiments Wl. Lukaschewitsch an Tuberculose. 3) Auf seinem Gute im Twerschen Gouvernement der frühere Militärarzt J. Melnikow. Nach Absolvirung des Cursus an der hiesigen militär-medicinischen Academie (1868) wurde M. Militärarzt und nahm als solcher auch an dem letzten türkischen Feldzuge in der Donauarmee Theil. Vor 5 Jahren gab er seinen Dienst auf und kaufte sich mit dem erworbenen Gelde ein kleines Gut. Der Hingeschiedene hat sein ganzes Vermögen (c. 13000 Rbl.) für wohlthätige Zwecke vermacht, und zwar 3000 Rbl. zur Bezahlung der Collegiengelder für arme Studirende der militär-medicinischen Academie, das übrige Capital vorzugsweise für Schulen in Twer und seiner Vaterstadt Kaschin. 4) In Bukarest der Professor der Augenheilkunde, Dr. Fatnières. 5) In Paris Dr. Cadiat, Professor an der dortigen medicinischen Facultät. 6) Dr. Ribeiro de Meredonça, Professor an der med. Facultät in Rio de Janeiro.

— Der um die Hygiene hochverdiente Professor Dr. v. Pettenkofer in München feiert am 3. December n. St. seinen 70. Geburtstag.

— Der Privatdocent Dr. L. Beumer ist zum ausserordentlichen Professor für den neucreirten Lehrstuhl der Hygiene an der Universität Greifswald ernannt worden.

— In der *medicinischen Facultät* der *Dorpater Universität* sind in der Zeit vom 1. Februar bis zum 1. September d. J. 160 Diplome ausgereicht worden und zwar: 1) Ueber die Würde eines *Accoucheurs*: 1. 2) Ueber die Würde eines *Kreisarztes*: 5. 3) Ueber den Grad eines *Doctors*: 16. 4) Ueber den Grad eines *Arztes*: 48. 5) Ueber die Würde eines *Magisters der Pharmacie*: 4. 6) Ueber den Grad eines *Provisors*: 19. 7) Ueber die Würde eines *Apothekergehilfen*: 46. 8) Ueber die Würde eines *Dentisten*: 5. 9) Ueber die Würde einer *Hebamme*: 16.

— Die französische Regierung hat wiederum einen Arzt abdelegirt, welcher den Stand des medicinischen Unterrichts und die Fortschritte der Therapie in Russland studiren soll. Es ist Dr. Huchard, Leiter der internen Abtheilung am «Hôpital Bichat» und Redacteur der «Revue générale de clinique et de thérapeutique». Derselbe soll demnächst hier eintreffen und ausser St. Petersburg noch die Universitätsstädte Moskau, Warschau, Dorpat und Helsingfors besuchen.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 11. September d. J. 4818 (79 mehr als in der Vorwoche), darunter 214 Typhus- (8 weniger), 446 Syphilis- (29 mehr), 51 Scharlach- (8 mehr), 17 Masern- (2 mehr), 19 Diphtherie- (1 mehr als in der Vorwoche) und 1 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 18. September d. J. 4899 (81 mehr als in der Vorwoche), darunter 217 Typhus- (3 mehr), 452 Syphilis- (6 mehr), 47 Scharlach- (4 weniger), 18 Masern- (1 mehr), 16 Diphtherie- (3 weniger als in der Vorwoche), und 0 Pockenkranke.

— Die *Pockenepidemie in Reval* dauert noch immer, wenn auch in viel schwächerem Grade, fort. Nach den officiellen Ermittelungen sind dort bisher 1146 Personen an den Pocken erkrankt, von denen 300 der Epidemie erlegen sind.

— Dr. Peset y Cevera giebt in einem spanischen Journal ein Mittel an, um menschliches Blut von thierischem zu unterscheiden, nämlich den Zusatz von etwas Galle zum Blute. Es scheiden sich dann Krystalle aus, welche beim Menschen rechtwinklige Prismen, beim Pferde Würfel, beim Schwein Rhomben, beim Schaf rhombische Platten, beim Hunde rechtwinklige, den beim Menschen vorkommenden ähnliche Prismen, bei Hühnern mehr oder weniger regelrechte Würfel darstellen. (New-York. Med. Rec. June 23. 1888.) Hz.

— Dr. Thör in Budapest hat gegen nächtliche Pollutionen mit grossem Erfolge Antipyrin, zu 8—15 Gran kurz vor dem Schlafengehen gegeben, auch bei Neurasthenia sexualis (Beard) sehr nützlich befunden. (New-York Med.-Rec. June 23. 1888). Hz.

— Dr. E. Hoffmann weist in einem Vortrage (Corresp.-Bl. d. ärztl. Vereins im Kgr. Sachsen 12/88) auf die grosse Gefahr hin, welche durch die Fliegen bezüglich der Infection mit Tuberkelbacillen verbreitet wird. Experimentell beweist er die Richtigkeit der

von den DDr. Spillmann und Haushalter schon ausgesprochenen Ansicht, dass die Stubenfliege Tuberkelbacillen aufnehme und von sich gebe. Mikroskopische Untersuchungen der Dejecta von Fliegen aus Räumlichkeiten, wo Tuberkulöse lebten, Verfütterungen von Tuberkelsputis an Fliegen und Verimpfungen solcher Dejecta an Meerschweinchen gaben positive Resultate. (D. M. Z. № 57, 1888.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 4. bis 10. September 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
217	213	430	98	40	63	8	6	11	51	36	31	37	23	19	7	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 8, Diphtherie 2, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie u. Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 26, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 81, Todtgeborene 25.

für die Woche vom 11. bis 17. September 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
234	191	425	98	42	51	9	5	16	39	31	39	40	30	16	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 8, Diphtherie 6, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie u. Septicämie 1, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungskanals 94, Todtgeboren 19.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	2.—8. Sept.	2475	30,1	—	1316	16,0
Paris	2 260 945	2.—8. Sept.	1082	24,6	92	872	20,1
Brüssel	181 270	26. Aug. - 1. Sept.	107	30,7	5	72	20,7
Stockholm	221 549	26. Aug. - 1. Sept.	133	31,4	7	67	15,7
Kopenhagen	300 000	5.—11. Sept.	188	32,6	8	121	20,9
Berlin	1 414 980	2.—8. Sept.	859	31,5	41	640	26,8
Wien	800 889	2.—8. Sept.	469	30,4	28	312	20,3
Pest	442 787	26. Aug. - 1. Sept.	318	37,3	10	240	28,3
Warschau	444 814	2.—8. Sept.	343	40,0	15	300	35,0
Odessa	268 000	2. - 8. Sept.	—	—	6	112	21,7
St. Petersburg	861 303	9.—15. Sept.	498	30,1	25	387	23,3

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. October 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. September 1888.

Дозв. ценз. Спб. 23. Сентября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. — Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung von Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 40. **St. Petersburg, 1. (13) October** **1888.**

Circumcisio ritualis Hebraeorum.

Die rituelle Beschneidungsceremonie der Israeliten.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft Jelisawetgrad'scher Aerzte am 25. Juni 1888.)

Von

Dr. Messala Pogorelski.

(Schluss).

III. Die Ausführung der Operation.

> Trifft man antiseptische Maassregeln, so besteht die einzige Gefahr, welche bei dieser Operation eintreten kann, in einer Blutung bei Hämophilie. Aug. Beverdin.

Ich lasse die Frage von der allgemein obligatorischen Beschneidung offen und werde in diesem Capitel zuerst auf Grundlage wissenschaftlicher Thatsachen die möglichen Contraindicationen und dann die Technik dieser Operation besprechen, wobei ich hauptsächlich die rituelle Beschneidung bei den Hebräern berücksichtigen werde, da sie bei ihnen obligatorisch an einem bestimmten Tage ausgeführt werden muss. Was die Muhammedaner und andere Völker anbetrifft, bei welchen eine bestimmte Frist für die Operation nicht festgesetzt ist, so ist für sie nur die erste Kategorie der unten angeführten Gegenanzeigen von Wichtigkeit.

Die Contraindicationen bei dieser Operation können im Allgemeinen in zwei Kategorien eingetheilt werden, I. in *absolute*, welche eine Ausführung der Beschneidung durchaus verbieten und II. in *relative*, welche einen zeitweiligen, vorübergehenden Charakter haben und nur die Ausführung der Operation verzögern.

Zur ersten Kategorie gehören: erbliche Hämophilie und Mangel der Vorhaut beim betreffenden Objecte.

Die *Hämophilie* ist die wichtigste Contraindication, sowohl ihres pathologischen Charakters, als auch des Alters ihrer Feststellung wegen. Ich erwähnte schon früher, dass der Talmud bereits die praktische Regel festgestellt hatte, dass, wenn zwei ältere Brüder in Folge der Beschneidung gestorben waren, der dritte und die nachfolgenden nicht beschnitten werden durften; der Sinn dieser Bestimmung liegt namentlich im Vorhandensein einer Hämophilie. Diese besteht bekanntlich in einem besonderen pathologischen Zustande des Blutes und der Blutgefässe, welcher besonders in der männlichen Linie sich forterbt, während die weibliche sehr oft verschont bleibt, und darin eigenthümlich ist, dass geringfügige Blutungen nicht gestillt werden können und oft letal enden, während Hämorrhagien aus grossen Gefässen gehemmt werden können. Desshalb ertragen die Glieder solcher Familien mit Leichtigkeit Amputationen der Extremitäten und die dabei stattfindenden Nachblutungen, sterben aber in Folge eines einfachen Schnittes in den Finger, einer Zerreissung des Hymen, einer Beschneidung. Da die Erblichkeit der Hämophilie jetzt vollkommen feststeht, so müsste, meiner Ansicht nach, die Circumcision in solchen Familien vollkommen verboten und dürften die beiden ersten Knaben nicht experimenti causa geopfert werden.

Mangel der Vorhaut bietet eine weniger wichtige Gegenanzeige der Beschneidung, da seine Bedeutung eine rein rituelle ist und in solchen Fällen eine einfache Beblutung genügt [45]). Die Volksbezeichnung lautet: «beschnitten Geborene». Der Grund dazu liegt unzweifelhaft in der Vererbung der väterlichen Form der Vorhaut, ähnlich den bei Kindern anzutreffenden Defecten, welche bei den Eltern künstlich hervorgerufen worden sind [46]). Ich selbst habe einen solchen Fall beobachtet. Bei einem einjährigen Christenkinde war die Vorhaut auf dem Rücken der Eichel wie gespalten und hing wie eine Schürze nach unten, ihr äusserer Rand glich den fleischigen Lappen an einem Hahnenschnabel (*Fig. II*). Ich meinte anfangs, dass hier eine Spaltung einer Phimose stattgefunden hatte, doch stellte es sich bei genauerer Nachfrage heraus, dass das Kind mit einer solchen Vorhaut geboren sei, dass aber dessen Vater in seiner Jugend jener Operation unterzogen worden war.

Fig. II. Discisio praeputii hereditaria.

Der vollständige Mangel einer Vorhaut erhält dagegen bei gleichzeitigen Entwickelungsstörungen eine grosse Be-

[45]) cf. pag. 336.

[46]) Sehr viele Fälle von Vererbung, durch die Eltern zufällig erworbener Defecte, sind in Leewes' Physiology of commun life, T. II, Cap. XII, Tauchnitz edit., pag. 266 sqq. angeführt; übrigens stellen sie eines der Gesetze Darwin's dar.

deutung. Ein 18-jähriger Hebräer wandte sich an mich einer Gonorrhöe halber; bei der Untersuchung fand ich eine Hypospadie mit einer Harnröhrenöffnung auf der Höhe des Frenulum. Ausserdem endete das Corpus cavernosum urethrae an der rechten Seite des Frenulum in Form eines wurstartigen Auswuchses, der Gestalt und der Farbe nach einem Angiom ähnlich. Auf der Spitze der Eichel, an der normalen Mündungsstelle der Harnröhre war eine kleine, nicht einmal das Ende einer Knopfsonde durchlassende Oeffnung vorhanden, aus welcher Eiter herausfloss (*Fig. III*).

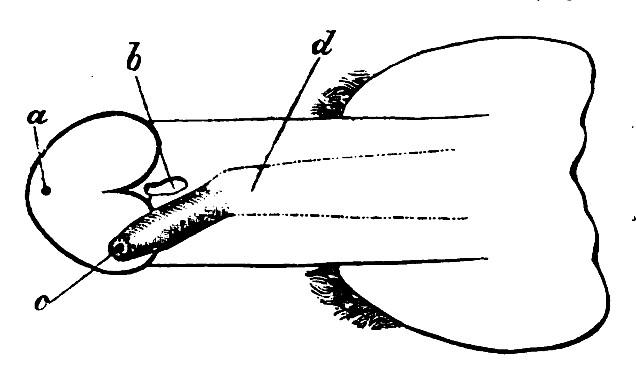


Fig. III. Künstliche Hypospadie mit Bildung eines Corp. spongiosum nach Circumcision. *a*) Orific. in apice (rudimentale?), *b*) Orific. urethrae hypospadicum, *c*) Corpus spongiosum, *d*) Corpus cavernosum urethrae.

Auf meine Frage, ob er von seiner Missbildung Kenntniss habe, antwortete der Patient, dass er ohne Vorhaut (als *Beschnittener*) geboren worden sei, dass ihm aber more majorum an der Seite ein Hautstückchen ausgeschnitten wurde und dass seine Eltern die Entstehung des wurstförmigen Anhangs an der Eichel der Operation zuschrieben. Diese Erklärung hat viel für sich, da in der Literatur Fälle verzeichnet sind, in welchen nach Verletzung des Corpus cavernosum verschiedene spongiöse Auswüchse sich bildeten. So erzählt Bryant[47]) einen ähnlichen Fall, der sich ausserdem durch seine eigenthümliche Entstehung auszeichnet, und zwar nach einem Biss in den Penis durch ein Füllen. In meinem eben angeführten Falle muss ich aber annehmen, dass die Hypospadie keine angeborene, sondern eine durch die Operation verursachte, künstliche gewesen sei, womit auch das gleichzeitige Bestehen der rudimentären oder, richtiger gesagt, in ihrer Entwickelung stehen gebliebenen Harnröhre an ihrem normalen Orte übereinstimmt. Ich muss übrigens gestehen, dass ich das Verhältniss der Oeffnung an der Eichelspitze zur Harnröhre nicht habe genau bestimmen können, da der Kranke sich nicht mehr bei mir zeigte, ich aber bei der ersten Untersuchung die Sonde nicht hatte einführen können. Ich kann nur eins bemerken, dass hier eine dankbare Gelegenheit zur Ausführung einer plastischen Operation der Hypospadie vorlag, wozu ich auch dem Kranken gerathen hatte. Dabei ist nicht zu vergessen, dass im gegebenen Falle auch eine angeborene Hypospadie hätte vorliegen können. Dann wird der Fall dadurch noch lehrreicher, dass, ungeachtet der bei der Beschneidung auftauchenden Bedenken, diese durch den Rath des Rabbiners und des Mohel beseitigt wurden und dass Niemand daran dachte, sich an einen Arzt zu wenden.

In Bezug auf die Contraindicationen der zweiten Kategorie ist zu bemerken, dass alle acuten und infectiösen, in der *ersten Lebenswoche* auftretenden Krankheiten verhängnissvoll werden können. Dazu gehören: Generatio praematura, mangelhafte Entwickelung und allgemeine Schwäche, Icterus und Melaena neonatorum, Atelectasis pulmonum, Pneumonia und alle Erkrankungen des Nabels. In allen diesen Fällen muss die Beschneidung bis zur Genesung aufgeschoben werden. *Nervöse Zufälle*, wie Trismus, Tetanus und Epilepsia neonatorum müssen sorgfältig geprüft werden; bei bestehender Phimose muss die Operation nicht nur nicht verschoben, sondern, den oben[48]) dargelegten Gründen gemäss, dringend angerathen werden. Ist die Vorhaut aber normal und die Ursache der Krämpfe eine andere und zu beseitigende, so muss sie zuerst beseitigt werden. Ist letzteres nicht möglich, so muss doch beschnitten werden, da die Operation zuweilen eine wohlthätige Einwirkung auf solche Uebel ausübt.

Die Frage, wann die Beschneidung ausgeführt werden solle, in den ersten Lebenstagen, wie bei den Hebräern, oder später, wie bei den Muhammedanern, welche die Operation im 13. Lebensjahre nach dem Vorbilde ihres Ahnherrn Ismael (Genes. XVII, 25) ausführen, lasse ich unbeantwortet, da die Praxis sie auf Grundlage religiöser Vorschriften beantwortet, die wissenschaftliche Kritik aber keinen festen Boden unter sich hat, sondern sich in metaphysische Speculationen einlassen müsste. Thatsache ist, dass selbst achttägige Kinder, wie bei den Hebräern, diese kleine Operation sehr gut vertragen und berücksichtigt man das Ziel, welches die Wissenschaft bei der Empfehlung der Circumcision im Auge hat, so muss man sagen: je früher — desto besser. Meiner Ansicht nach ist es bequemer, wenn man die Operation an noch nichts begreifenden und noch gewickelten Kindern, als an grösseren vornimmt, bei welchen die Wundbehandlung eine schwierigere ist.

Die Prophylaxis vor der Operation ist die in der heutigen Chirurgie übliche und besteht in Asepsis und Antiseptik. Ich bestehe besonders auf derselben, weil in der Masse des Volkes (wenigstens bei den Hebräern) sie noch eine vollkommene Terra incognita ist und die Beschneidung nach Jahrhunderte alten traditionellen Methoden ausgeführt wird[49]). Werden diese Vorsichtsmaassregeln lege artis ausgeführt, so kann man hoffen, dass die hauptsächlichsten, gegen die Beschneidung angeführten Einwände von selbst fallen werden.

Ich beginne mit der unbestreitbaren Thatsache, dass durch die Beschneidung Syphilis und Tuberculose[50]) übertragen werden können, was sogar mikroskopisch nachgewiesen worden ist. Ich weise eine solche Möglichkeit nicht zurück, ich selbst habe einen auf diesem Wege entstandenen Hunter'schen Schanker gesehen, und doch sind derartige Fälle von Ansteckung nicht so häufig, als man es sich gewöhnlich vorstellt; und zeigten denn alle Fälle den specifischen Charakter? Unter 7 von mir genau untersuchten Fällen waren 6 einfache eiternde Wunden und nur 1 Mal ein echter harter Schanker; erstere heilten bei antiseptischer Behandlung. Ferner kann ich durchaus der Ansicht nicht beistimmen, dass der Hauptweg der Ansteckung die Mezizzah darstelle, welche meiner Meinung nach ganz abgeschafft werden muss, weil sie nichts taugt und durchaus kein biblischer Gebrauch ist, was das Pariser hebräische Consistorium thatsächlich festgestellt hat[51]). Gelegentlich bemerke ich, dass der Talmud nur Milah und Periah als obligatorisch bezeichnet, mit dem Satze: Beschneidung ohne Periah ist keine Beschneidung[52]), während der Talmud Mezizzah als nicht unbedingt nothwendig aufführt. Desshalb muss letztere ganz aufgegeben werden und zwar schon darum, damit die Möglichkeit einer Ansteckung verringert und nicht unnöthiger Weise den Gegnern Waffen in die Hand gegeben werden. Doch ist nicht zu vergessen, dass das Messer (Mohel-Messer) selbst zu einem sehr geeigneten Träger der Infection werden kann, wie es Lancereaux für die Rasiermesser der Barbiere nachgewiesen hat. Für meinen Fall muss ich dieses ätiologische Moment in Anspruch nehmen, da ich den Mann, der die Mezizzah ausge-

[47]) Bryant, op. cit. pag. 161, Fig. 322.

[48]) cfr. oben. pag. 338.

[49]) cfr. oben. pag. 336.

[50]) Vor Kurzem hat Dr. Lehmann in Odessa eine kleine Epidemie von Tuberculose in Folge der Beschneidung beobachtet. (Woschod: Chronik 1888, № 18, pag. 415—416).

[51]) Woschod: Wochenchronik 1886, № 26, pag. 618.

[52]) «Mol v'lei Porah, Kschlei Mol».



führt hatte, den örtlichen Schochet, untersucht und vollkommen gesund befunden habe. Hieraus ergiebt sich der einfache Schluss, dass das für die Operation zu brauchende Messer vorläufig sorgfältig desinficirt werden müsse, am besten durch eine Spiritusflamme.

Ist die Operation in unreiner Weise ausgeführt, so können auch andere, wenn auch nicht specifische, so doch recht schwere chirurgische Erkrankungen, besonders Erysipel, die Operation compliciren. Erichsen[53]) führt einen einschlägigen, letal endigenden Fall an, doch kommen solche Zufälle auch bei anderen chirurgischen Operationen vor und dürfen folglich nicht als Vorwurf für die Beschneidung gelten.

Technik der Operation.

Vor Allem muss ich den Leser darauf aufmerksam machen, dass die Circumcisio ritualis nicht mit der sogen. Phimosisoperation verwechselt werden darf, sie zeichnet sich sowohl durch ihren Zweck, als durch die Momente und Handgriffe der Ausführung aus. Das Ziel der Phimosisoperation besteht in der Befreiung der zeitweilig eingeklemmten Eichel, ist es erreicht, so müssen alle weiteren chirurgischen Manipulationen eingestellt werden; das Ziel der rituellen Circumcision ist aber: Entblössung einer normalen Eichel und endgültige Entfernung der sie schützenden Decke. Die erste Operation wird am Kranken, die zweite am Gesunden ausgeführt. Ferner sind auch die Handgriffe verschieden: bei der Phimose kann das günstige Resultat auch durch Erweiterung der Stenose (Methode von Cruise, Nelaton u. A.) und Schlitzen der Vorhaut, wie bei der Paraphimosenoperation, erreicht werden, endlich auch durch Circumcision. Nur diese letztere entspricht der rituellen Operation und da beide in gleicher Weise ausgeführt werden können, so werde ich sie zusammen beschreiben.

I. Beschneidung bei Kindern. Circumcisio ritualis sic dicta[54]).

Das Kind derart gewickelt, dass seine Geschlechtstheile entblösst sind, wird dem Assistenten auf die Knie gelegt, welcher mit seiner rechten Hand das Köpfchen hält, mit der linken die Beine streckt. Er muss auf einem geräumigen Sessel oder Diwan sitzen und muss mit dem Gesichte zum Lichte gewendet sein. Der Operateur (den übrigens *jeder Hebräer*, welcher die Beschneidung auszuführen versteht, vorstellen kann) stellt sich in halber Wendung zum Assistenten zum Fussende des Kindes und mit seinem Gesichte zu dem des letzteren gewandt; auf diese Weise verdeckt er sich nicht das Licht und seine rechte Hand kann sich in in allen Richtungen frei bewegen. Nach vorläufiger Feststellung der Grösse des abzutragenden Stückes schreitet er zur Operation, welche nach hebräischem Ritus in 3 Momente zerfällt:

1) *Circumcisio* — entspricht der *Milah*.

Der Operirende umfasst mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand die hängende Vorhaut ganz nahe bei der Eichel, zieht sie so viel als möglich nach vorn und schiebt die Glans, so weit es geht, nach hinten. Damit wird nur das äussere Blatt des Präputiums angespannt, während das innere seiner Anelasticität halber sich nach hinten zieht und bei der Beschneidung nach Möglichkeit geschont werden muss Einige Chirurgen rathen die Vorhaut durch die Spalte einer silbernen Platte zu ziehen, um ja die Eichel zu schonen. (Erichsen[55]). Andere, wie Bryant[56]), klemmen sie zwischen die Branchen einer stumpfen Zange oder Pincette ein, doch engen alle diese, wenn auch nicht überflüssigen Manipulationen das ohnehin beschränkte Operationsfeld ein. Man kann die Verwundung der Eichelspitze auf folgende Weise sehr gut vermeiden: Während man die Vorhaut vorzieht, legt man die Klinge des Messers — ich benutzte gewöhnlich ein gebauchtes Bistouri — flach auf die abschüssige Eichel und drängt mit dem Rücken des Messers diese so weit zurück, dass die Haut zwischen dem Messer und den dieselbe haltenden Nägeln erblasst, dann wird der Messerrücken, ohne das Messer zu verschieben, etwas gehoben und mit der Schneide die Haut schräg nach unten durchschnitten, wobei die linke Hand die gefasste Vorhaut hebt und gewissermaassen über das Messer hinüberbiegt. Auf diese Weise kann man mit einem Schnitte (das Ritual verlangt zwei Schnitte, nach vorn und nach hinten) das ganze Stück der Vorhaut abtrennen und wird damit auch die nothwendige Forderung, unten das Frenulum möglichst zu schonen, von selbst erfüllt. Diese Regel muss übrigens sowohl beim Erfassen, als auch beim Durchschneiden der Haut immer berücksichtigt werden, der Schnitt selbst muss aber immer schräg von oben und hinten nach unten und vorn geführt werden (*Fig. V*).

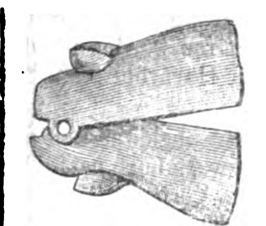


Fig. IV. Erichsen's Platte (nach Erichsen l. c. Fig. 813).

2) *Discisio* — entspricht der *Periah*. Nach Abtrennung der Vorhaut zieht sich die Haut des Penis gewöhnlich in Folge ihrer Elasticität von selbst zurück und entblösst das innere Blatt, welches, weil unelastisch, auf der Eichel zurückbleibt. Es müsste nach hinten auf das Glied zurückgeschoben werden, da es aber nicht ausdehnbar ist, so muss es in zwei Lappen gespalten werden. Dies geschieht bei den Specialisten-Mohels durch einfaches Zerreissen (Periah = Riss) mittelst der Daumennägel, welche zu diesem Zwecke besonders lang erhalten werden. Vom chirurgischen Standpuncte aber ist das Zerschneiden des inneren Blattes auf einer Hohlsonde mit einem stumpfendigen Bistouri oder einer Scheere vorzuziehen. Der Schnitt oder Riss durch die Schleimhaut muss durch ihre ganze Länge bis zu ihrem Ursprung und durchaus auf dem Rücken des Gliedes geführt werden, wie bei der Paraphimosisoperation, um das Frenulum oder dessen Arterien zu vermeiden.

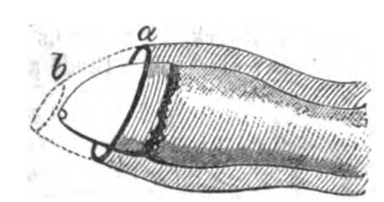


Fig. V. Schematische Darstellung der Lage des Haut- (*a*) und Schleimhautblattes (*b*) gleich nach dem Milah und vor dem Periah. Die Discision wird in der Linie *b a* gemacht.

3) *Die Blutstillung* — entspricht der *Mezizzah*, welche aus den oben angeführten Gründen durchaus abgeschafft werden muss. Am zweckmässigsten sind hier Compressen mit Eiswasser, welches mit Kugeln aus hygroskopischer Watte oder Marly aufgelegt wird, ich benutze immer Sublimatmarly; die Compressen werden etwa 5 Minuten applicirt und dann wird zur Toilette geschritten.

Bei kleinen Kindern ist das Anlegen von Nähten durchaus unnütz und macht nur Mühe; dieses hat eine tausendjährige Erfahrung bewiesen. Der Verband wird genau nach den Lister'schen Regeln angelegt, zuerst ein wenig Jodoformpulver auf die Wunde und dann trockene antiseptische (Sublimat- oder Jodoform-) Marlystreifen; Carbolpräparate müssen bekanntlich in der Kinderpraxis vermieden werden. Die ersten Bindentouren werden in der Eichelfurche geführt, womit das innere Blatt hinter der Eichel mit der

[53]) Op. citat., pag. 923.

[54]) *Anmerkung*. Die folgende Beschreibung habe ich derartig zusammengestellt, dass ich mich möglichst genau an das hebräische Ritual halte und zugleich den Anforderungen der modernen Chirurgie genüge, damit befriedige ich die Orthodoxen und vergehe mich nicht gegen die Wissenschaft. Ich selbst habe nur einmal die Operation nach dieser Methode gemacht und war mit ihr sehr zufrieden. Hinsichtlich der Blutstillung und des Verbandes, so habe ich sie in den Fällen angewandt, bei welchen ich zugegen war und immer war das Resultat ein glänzendes: in 3—4 Tagen Heilung der Wunde bei vollkommener Ruhe des Kindes.

[55]) Erichsen, op. cit., T. II, pag. 924. Er schlug sogar ein besonderes für diesen Zweck von ihm erfundenes Instrument, 2 durch ein Charnier mit einander verbundene Platten, vor.

[56]) Bryant, op. cit., pag. 157 und Fig. 114 A.

Hautwunde in Berührung erhalten wird, auch die Blutung steht auf den Druck. Die folgenden Touren werden um das Glied geführt, die Eichelspitze mit der Harnröhrenöffnung aber frei gelassen.

Ein gut angelegter Verband darf nicht abgleiten und nur ein Mal täglich gewechselt werden und zwar gleich nach dem Baden des Kindes, wobei der erweichte Verband leicht abfällt. Das Windeln geschieht in eben derselben Weise, wie vor der Beschneidung. Das Einpacken des Kindes muss entweder ganz wegfallen oder nur mit grosser Vorsicht geschehen, namentlich sollen die Geschlechtstheile nicht zugesteckt, sondern nur etwa mit einem Schleier bedeckt werden. Das Regime des Kindes bleibt dasselbe und weint letzteres bei gehöriger Sorgfalt garnicht.

II. Beschneidung bei Erwachsenen.

Hierbei ist es nützlicher und bequemer, ein grösseres Instrumentarium zu haben, weil Erwachsene schwerer zu immobilisiren sind, obgleich man ja bei ihnen die Narkose anwenden kann. Ferner pflegt hier die Blutung stärker zu sein, wesshalb durchaus Nähte angelegt werden müssen, welche den Rand des nach hinten umgeschlagenen inneren Blattes mit dem Rande der äusseren Haut vereinigen. Ferner muss eine Verwundung der Eichelspitze vermieden werden, weil möglicherweise während der Operation gerade eine Erection eintritt. Desshalb muss die Vorhaut dicht bei der Eichel mit der Bryant'schen Zange, den Erichsen-schen Platten oder dem Clover'schen Tourniquet gefasst werden; letzteres hat den Vorzug, dass es zu gleicher Zeit das Blut stillt (*Fig. VI*); zu diesem Zwecke ist übrigens auch das Anlegen der Esmarch'schen elastischen Binde angerathen worden.

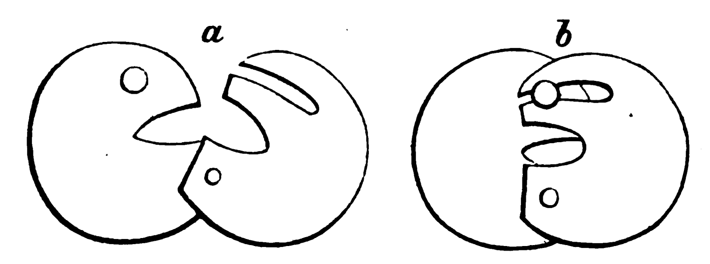


Fig. VI. Tourniquet von Clover, geöffnet (*a*), geschlossen (*b*). (Nach Erichsen l. c. Fig. 811 und 812).

Der freie Vorhautrand wird mit einer schmalen Muzeux'schen Zange oder der *Pince à dents de souris* vorgezogen und von einem Assistenten gehalten, der Schnitt kann nach Belieben mit einer Scheere oder mit einem Bistouri ausgeführt werden (*Fig. VII*), dann wird das innere Blatt eingeschnitten, nach hinten gedreht und durch einige Nähte mit dem äusseren Blatte vereinigt; für gewöhnlich genügen 5 metallische, oder besser Catgutnähte, zwei auf jeder Seite und eine am Frenulum [57]). Die weitere Behandlung erfolgt wie bei der Beschneidung von Kindern. Erweist sich das innere Blatt beim Zurückdrehen als mit der Glans verwachsen, so wird es mit dem Scalpellrücken oder mit einer stumpfspitzigen Scheere abpräparirt, was die Operation nicht complicirt.

Der Vollständigkeit halber füge ich noch hinzu, dass in Afrika die Beschneidung von Erwachsenen (Muhammedanern) mit Hülfe einiger besonderer Vorrichtungen ausgeübt wird. Es werden kleine Klötze von der Dicke eines Penis gebraucht, von denen der eine eine conische Vertiefung für die Eichel hat. Dieser Klotz wird in die Vorhaut hineingeschoben und diese, wie ein Handschuh über den Finger, hinübergezogen. Dann wird sie mit einer Ligatur unbeweglich an den Klotz befestigt, welcher dann so umgedreht wird, dass die Eichel in die Vertiefung zu liegen kommt. Darauf wird mit einem Cirkelschnitt der freie Vorhautrand abgetragen und der Klotz entfernt.

[57]) Erichsen, op. cit., pag. 924.

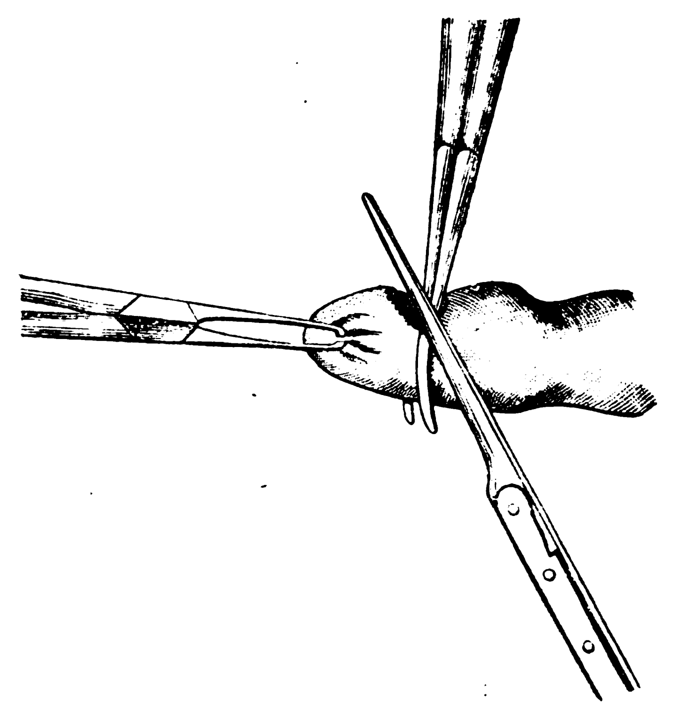


Fig. VII. Die Beschneidung der Erwachsenen (nach Erichsen l. c. Fig. 814).

In einigen Ortschaften geschieht die Beschneidung durch Abschnürung der Vorhaut mittelst einer fest zugezogenen Schnur (Écrasement) ausgeführt, jedenfalls keine rationelle Methode, welche, wenn auch unblutig, so doch sehr schmerzhaft ist.

Zum Schlusse führe ich Erichsen's [58]) Thesen an, von welchen, seiner Meinung nach, der Erfolg der Operation abhängt:

1) Nicht zu viel Haut entfernen;
2) so wenig als möglich Schleimhaut abschneiden;
3) die Schleimhaut bis zum Ansatze der Haut spalten;
4) alle Blutgefässe unterbinden;
5) die Schleimhaut genau umwenden und damit die nach Retraction der Haut zurückbleibende bedecken;
6) recht lange Ligaturen anlegen;
7) so wenig wie möglich Nähte anlegen.

Das beständige und hauptsächlichste Resultat dieser Operation besteht in der Umwandlung der Schleimhaut der Vorhaut und der Eichel in Epidermis, welche nach einer von mir an meinem eigenen Sohn angestellten Beobachtung etwa in 3 Wochen vor sich geht. Am 4. Tage nach der Operation erschienen an einigen Stellen der Eichel weissliche Inselchen, welche bei oberflächlicher Betrachtung als speckiger Grund von Geschwürchen imponirten, da rund herum das Epithel noch intensiv roth war und auf diese Weise eine Wundfläche vortäuschen konnte. Diese Inselchen vergrösserten sich in der Folge und verschmolzen am Ende des ersten Monats mit einander und wurde die rosa Eichel und das innere Blatt allmälig blassblau. Die zweite Folge der Operation war Verminderung, selbst Verschwinden des Smegma in Folge der Rückbildung der Tyson'schen Drüsen. Uebrigens giebt es bis zum heutigen Tage keine histologischen Untersuchungen über die Structurveränderungen in diesen Drüsen.

Folgende Complicationen der Operation können vorkommen:

1) Unstillbare Blutungen, abgesehen von Hämophilie, aus den an beiden Seiten des Penis befindlichen Arterien und der Arteria frenuli; am gefährlichsten sind die letzteren (Tillaux [59]). Erichsen [60]) führt einen tödtlichen Fall durch Blutung nach der Operation an; die Behandlung besteht in sorgfältiger Unterbindung des blutenden Gefässes.

[58]) Op. cit., pag. 925.
[59]) Tillaux, op. cit., pag. 836.
[60]) Erichsen, op. cit., pag. 925.



2) Strictura orificii externi urethrae in Folge von Narbenbildung am Schnittrande, hierfür liegt die Schuld am Operateur. Ich selbst habe einen solchen Fall 4 Monate nach der Beschneidung eintreten sehen, die Strictur wich Bougierungen nicht und schickte ich den Kranken zu einem Chirurgen von Fach; einen ähnlichen Fall theilte mir der College Dr. Garj mit; er betraf einen zweijährigen Knaben.

3) Verkürzung der Vorhaut bei Nichtberücksichtigung der Erichsen'schen These. Sie bietet eine grosse Unbequemlichkeit während der Erection dar, welche sehr schmerzhaft wird. Zur Beseitigung dieses Uebelstandes schneidet man mit einer krummen Scheere ein Stückchen aus dem Frenulum oder spaltet dasselbe, weil es das Haupthinderniss bei der Erection darstellt: die für den Penis mangelnde Haut kann der beweglichen Haut des Hodens entnommen werden.

Als Seitenstück zu letzteren Unbequemlichkeiten findet sich zuweilen das Gegentheil vor, nämlich, dass zu wenig Haut entfernt wurde und dass eine Wiederholung der Operation nöthig wird. Bei den Hebräern geschieht das an Erwachsenen zur Zeit der bürgerlichen Volljährigkeit (13. Jahr), jedenfalls vor der Ehe. Bei den Römern hinterblieb (nach Celsus) recht oft die Vorhaut nach der Beschneidung [61]). Dieses mag theilweise am Modus operandi gelegen haben: sie zogen die Vorhaut nach vorne über die Eichel, befestigten sie mit einem Faden und schnitten sie dann kreisförmig, parallel der Peniswurzel, ab, es entstand dadurch eine breite, circulare Wunde, welche leicht vernarbte. Kurz, sie führten die Periah nicht aus, was nur die Richtigkeit des talmudischen Aphorismus bestätigt [62]).

Zum Schlusse erlaube ich mir die Bemerkung, dass es im Interesse der Wissenschaft sowohl, als auch der Beschnittenen selbst gut wäre, wenn die Beschneidung nur von Aerzten ausgeführt werden würde, wie es bereits von der Berliner hebräischen (reformirten) Gemeinde zum Beschlusse erhoben worden ist [63]); jedenfalls dürften nur geprüfte Personen zur Ausführung der Operation zugelassen werden, welche nur in Gegenwart eines Arztes vorgenommen werden sollte; darum hat der oberste Sanitätsrath in Oesterreich petitionirt [64]).

Dem entsprechend müsste jener Gesetzesparagraph umgeändert werden, welcher ausserdem nie befolgt worden ist, da nach diesem Paragraph die Ausführung den örtlichen Rabbinern übertragen wird; mit dieser Umänderung würden auch die Gründe zum Auftreten solcher Processe wegfallen, wie sie vor Kurzem in Odessa neuerdings vorgekommen sind.

Jelisawetgrad, Juni 1888.

Referate.

Julius Schwalbe: Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung. (D. med. W. № 25. 1888).

Im städtischen Krankenhause Friedrichshain, in der Abtheilung des Prof. Fürbringer sind die Versuche angestellt, deren Resultate der Autor in folgendem Resumé mittheilt:

1) Das *Sulfonal* in reiner Form ist wegen seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit ein angenehmes Medicament.

2) Es wirkt als ein Hypnoticum in Fällen von «nervöser» Schlaflosigkeit in Dosen von 1—2 Grm. mit sehr annehmbarer Promptheit. Da, wo die Agrypnie aus directen organischen Störungen in Folge einer augenblicklich bestehenden Krankheit resultirt, ist die Wirkung mehr oder weniger unsicher.

3) Das Sulfonal alterirt weder Temperatur, noch Puls, noch Respiration, und verdient desswegen in seiner Eigenschaft als Hypnoticum und in dem oben bezeichneten Umfange den Vorzug vor Morphium und Chloral bei febrilen Krankheiten und allen Affectionen, bei denen man Herzschwäche befürchten muss. Namentlich dürfte es so auch bei Kindern zu verwenden sein.

4) Die subjectiven Neben- und Folgeerscheinungen des Sulfonals sind geringfügiger Natur, und dürften im Allgemeinen eine Contraindication für seine Anwendung nicht abgeben. Max Schmidt.

[61]) Tillaux, op. cit., pag. 834.
[62]) cfr. oben pag. 336.
[63]) Circulär in der Allgem. med. Centralztg. 1888, № 58, p. 1157.
[64]) Wiener med. Presse 1887. 16. October. Wratsch 1887, № 42, pag. 996.

Hugo Davidsohn: Wie soll der Arzt seine Instrumente desinficiren? (Berl. klin. Wochenschr. № 35. 1888).

Auf Grund seiner im hygienischen Institute zu Berlin mit Berücksichtigung aller von der bacteriologischen Forschung geforderten Cautelen, Controllversuche etc. angestellten Untersuchungen, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass das sicherste und zugleich möglichst einfache Verfahren einer Desinfection der chirurgischen Instrumente in dem Abkochen derselben in siedendem Wasser bestehe. Bereits ein 5 Minuten langer Aufenthalt der verschiedensten, selbst recht complicirten Instrumente in kochendem Wasser genügte, um alle, entweder an den Instrumenten haftenden oder von ihnen abgelösten und im Kochwasser suspendirten pathogenen Keime zu tödten, — kurz, die Instrumente mit aller Sicherheit zu sterilisiren.

Für die Praxis empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: Man bringe die Instrumente gleich nach der Operation in kaltes Wasser, bürste den Eiter ab, Spritzen und Canülen spritze man einige Male durch und fülle sie dann mit Wasser. Darauf koche man die Instrumente in einem bedeckten Wasserbade bei 100° C. 5 Minuten. Nach dem Herausnehmen trockne man sie mit einem sterilisirten Tuche ab. Vor einem neuen Gebrauche koche man 5 Minuten, nehme die Instrumente heraus und lasse sie erkalten und benutze sie dann ohne Zuhilfenahme einer sterilisirten Flüssigkeit.

Neben dem Hauptvorzuge der gründlichen Desinfection wird bei dieser Methode noch der Vortheil erzielt, dass die Instrumente garnicht geschädigt werden (selbst die vielfach verbreitete Meinung, dass schneidende Instrumente durch das Kochen ihre Schärfe verlieren, ist, nach Verf., ein unbegründetes Vorurtheil) und dass — last not least — die Desinfection des chirurg. Handwerkszeuges fast überall mit Leichtigkeit ausgeführt werden kann.

H—g. (Narwa).

W. W. Sutugin: 25 Laparotomien, ausgeführt in der gynäkologischen Baracke des Roshdestwenski-Krankenhauses. (Wr. 1888. № 22).

J. J. Grammatikati: Fünf Fälle von Ovariotomie. (Wr. 1888, № 19 und 20).

Die ersten 6 Jahre operirte S. in einem Zimmer, das sonst auch andern Zwecken als Laparotomien diente und zu dem Behufe vordem gründlichst desinficirt wurde. Die letzten 2 Jahre hatte er über ein speciell für Laparotomien eingerichtetes Operationszimmer zu verfügen. Zugegen waren ausser 4 Assistenten noch mehrere Zuschauer, da Lehrzwecke mitverfolgt wurden. Die ersten 4 Jahre listerte Verf., späterhin wandte er einen Jodoformverband an. Die Vorbereitung der Kranken bestand in Bädern, Entleerung des Darms mittelst schwefels. Magnesia, Calomel oder Rhamnus frangula, einige Zeit lang, Clysmata am Tage vor der Operation und kurz vor derselben; Rasiren und Reinigen des Bauches mit Jeyes'scher Seife und Sublimatlösung. Ausserdem Ausspülung der Vagina mit Sublimat- und Carbolsäurelösungen. Die Tamponade derselben mit Jodoformmarly nur in seltenen Fällen. Meist Chloroformnarkose, bei schwachen Individuen Sauerstoffchloroformnarkose nach Neudörfer.

Es folgen nun die 25 Laparotomien in Tabellenform, nicht chronologisch sondern nach den Operationen geordnet, mit einer Mortalität von 12 %. Zu diesen fügt Vf. noch 2 Ovariotomien hinzu, deren Krankengeschichten ihm leider abhanden gekommen sind, einmal mit glücklichem Ausgange, einmal mit letalem durch Schwäche, da in extremis operirt werden musste, so dass sich die Mortalitätsziffer von 27 Fällen auf 14,8 % stellt. Von den 25 Fällen starb eine Pat. an Verblutung nach einer Myomotomie (wahrscheinlich war die Venenligatur bei der Toilette wegewichst, da bei der Besichtigung am Ende der Operation alle Blutung gestanden hatte); eine an Trismus (Recidiv einer solchen, die sie vor einem Monate auf der Reise aus Sibirien überstanden und von der der Operateur nichts vordem gewusst hatte; Peritoneum und Stiel fand man bei der Section frei); eine an Schwäche, da auch hier in extremis die Operation auszuführen war. 11 Mal hat Verf. zu seinem Leidwesen eine oberflächliche Eiterung in der Bauchnaht, die in der Tiefe gut hielt, beobachten müssen; 8 Mal trat Exsudation im kleinen Becken auf, davon 5 Mal bei prima intentio im Uebrigen und 3 Mal bei Heilung per secundam; 2 Mal hat er ernstere Peritonitiden beobachtet.

Die Laparotomien wurden ausgeführt: 1) 2 Mal wegen Tubоovarialcysten, beide genesen; 2) 16 Mal wegen Ovarialcysten mit 3 Todesfällen (18,7 %). Lässt man von diesen einen Fall mit ausgebreiteter Carcinose des Bauchfells weg, so hat Verf. auf 15 Fälle 2 Todesfälle, also 13,3 % Mortalität. Von diesen beiden jedoch starb die eine Pat. an Trismus, die andere an Schwäche, da in extremis operirt wurde; 3) 5 Mal behufs Castration, 2 Mal wegen Fibroiden, 3 Mal um wiederholten Peritonitiden vorzubeugen, alle Mal mit günstigem Erfolge, auch quoad Heilung des Indicationsmoments; 4) 4 Mal zu Myomotomien, mit einem Todesfalle durch Verblutung. (s. o.).

Gr. berichtet über 5 äusserst interessante Ovariotomien mit ausführlicher Krankengeschichte und Epicrise, die er, was sehr zu berücksichtigen ist, in einem nicht besonders eingerichteten Hospitale, dem Saratow'schen Alexanderlandschaftshospitale ausgeführt. Alle fünf Ovariotomien endeten mit voller Genesung. N.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Pahnsch: Grundlagen der Anatomie des Menschen. Uebers. nach der 2. verbesserten Auflage unter der Redaction und mit Zusätzen von Prof. A. J. Tarenezki. (Russisch). St. Petersburg, Ricker. 630 Seiten mit 220 Zeichnungen und 4 Tafeln. 8°.

Mit der vor Kurzem erschienenen III. Lieferung liegt uns das vollständige Werk vor. Prof. Tarenezki hat gehalten, was er versprochen, er hat aus dem Compendium ein sehr brauchbares Handbuch der Anatomie geschaffen, indem er durch die vielfachen Zusätze wesentliche Lücken des Originals ausgefüllt hat. Zum Schlusse ist eine Uebersicht aller vorher beschriebenen Theile und deren gegenseitige Beziehungen gegeben, welche als Repetitorium recht gut ist, z. B.:

Fibula 172: Capitulum, Crista interossea, Malleolus lateralis.

Muskeln: Oberes Ende: Biceps femoris, Soleus, Extensor digitor. long. et Peroneus tertius, Peroneus longus et brevis, Extensor hallucis longus, Flexor hallucis longus.

Endlich ist ein Verzeichniss von synonymen und wenig gebräuchlichen Benennungen gegeben.

Wir können das vorliegende Werk namentlich Studenten der Medicin nicht warm genug empfehlen. Druck und Ausstattung vorzüglich. Hz.

H. Nebel: Beiträge zur mechanischen Behandlung. Wiesbaden 1888. 8°, 94 S.

Die schwedische Heilgymnastik scheint immer mehr zu ihrem wohlverdienten Recht zu gelangen; immer häufiger wird in deutschen Büchern ihre grosse Bedeutung gewürdigt, so dass es wohl kaum mehr möglich sein wird, eine so vollständige Unkenntniss derselben zu zeigen, wie es z. B. Rossbach in seinem leider recht bekannt gewordenen Handbuch der physikalischen Behandlungsmethoden noch gethan hat. Verf. behandelt sehr ausführlich drei Krankheiten resp. Krankheitsgruppen: Kreislaufstörungen, Chorea und Muskelrheumatismus, speciell auch «Hexenschuss». Die Geschichte der Behandlung und diese selbst werden kritisch behandelt mit besonderer Berücksichtigung der schwedischen Arbeiten. Der geschichtliche Theil nimmt räumlich und inhaltlich den grössten Theil des Buches ein und das mag denn auch bei der Unkenntniss der Deutschen mit den einschlägigen schwedischen Arbeiten seine Berechtigung haben. Besonders interessant für deutsche Leser dürfte das Capitel von den Kreislaufstörungen sein, die in Schweden schon mehrere Jahrzehnte mit Vortheil mechanisch behandelt werden. Dies gilt auch von der Chorea, welche von deutschen Verfassern noch gegenwärtig als der mechanischen Behandlung nicht zugänglich angesehen wird. Buch (Willmanstrand).

Vermischtes.

— Am 13. September fand in *Kiew* die *feierliche Eröffnung der neuerbauten Universitätskliniken* statt. Der Bau und die Einrichtung derselben hat ca. 300,000 Rbl. gekostet. Es ist damit ein längst empfundenes Bedürfniss erfüllt worden, denn die bisherigen Kliniken waren durchaus ungenügend und unbequem.

— Der *Schule zur Ausbildung von Arztgehilfinnen und Feldscheerinnen* hierselbst sind neuerdings reiche Spenden zugegangen: Frau *M. A. Ochotnikowa* hat derselben ein Capital von 75,000 Rbl. vermacht, aus dessen Zinsen 9 Stipendien vergeben werden sollen und die Frau des Geheimraths *Lamanski* hat 15,000 Rbl. zur Errichtung von 3 Stipendien gespendet.

— Beim Friedensrichter des IV. Bezirks in Kiew gelangte vor Kurzem die Sache von 5 zur Reserve der Armee zugezählten Aerzten (DDr. Bushinski, Grizun, Kraskowski, Marzintschik und Remi) zur Verhandlung, welche angeklagt waren, die Benachrichtigung des Militärchefs über ihren Wohnsitz, welche zum 1. Januar geschehen muss, unterlassen zu haben. Die DDr. Marzintschik und Kraskowski wurden zu einer Strafe im Betrage von 3 Rbl. verurtheilt, Dr. Bushinski wurde freigesprochen, die Verhandlung der Sache der DDr. Grizun und Remi ist aber aufgeschoben worden. (Kiew. Salowo. — Wr.).

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist Frl. Panowa, welche das medicinische Doctor-Diplom der Universität Bern besitzt, gestattet worden, das Arzt-Examen an der militär-medicinischen Academie abzulegen, jedoch nur unter der Bedingung, dass sie ein Maturitätszeugniss beibringt.

— Beim Friedensrichter des 8. hauptstädtischen Bezirks gelangte vor Kurzem nachstehende Angelegenheit zur Entscheidung. Die Hausbesitzerin *M. Huhn* hatte wider die Bürgersfrau *Olga Labasina* eine Miethforderungsklage im Betrage von 24 Rbl. anhängig gemacht, weil dieselbe die in dem Hause der Klägerin innegehabte Wohnung vor Ablauf der Miethzeit aufgegeben hatte. Bei der Verhandlung der Sache berief sich die Beklagte darauf, dass sie, *da bei den Kindern der anderen Miether der Scharlach ausgebrochen war*, die Wohnung aufgegeben habe, *um ihre Kinder vor Ansteckung zu schützen*. Die Miethe habe sie bis zum Tage ihres Auszuges bezahlt. Uebrigens habe sie nur eine monatliche Miethabmachung getroffen und auch monatlich die Miethe bezahlt. Der Friedensrichter verurtheilte die Beklagte dennoch auf Grund des Quartierbüchleins zur Zahlung der geforderten Miethe im Betrage von 24 Rbl. (Russ. Med.).

— Am 26. September feierte Dr. W. Bensenger in Moskau das *50-jährige Jubiläum* seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar ist auch vielfach literärisch thätig gewesen.

— Am 27. August beging der Professor der Odessaer Universität, Dr. A. Werigo, bekannt durch seine verdienstvollen Untersuchungen der Nahrungsmittel und Aufdeckungen von Verfälschungen derselben, sein *25-jähriges Dienstjubiläum*.

— Die Zahl der an der *Moskauer Universität in diesem Semester in die medicinische Facultät neu aufgenommenen Studirenden* beträgt 250. Da mehr Vacanzen in der medicinischen Facultät nicht vorhanden waren, so sollen viele der Aspiranten vorläufig in die andern Facultäten eingetreten sein.

— *Verstorben*: 1) Am 24. September in Dorpat der dimittirte Stabsarzt, Staatsrath Ludwig Drewing, nahezu 77 Jahre alt, nach langwieriger Krankheit. Der Hingeschiedene war am 26. October 1811 in Dorpat geboren, erhielt daselbst seine Schulbildung und bezog im Jahre 1830 die dortige Universität, an welcher er anfangs Philologie, dann Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1836 wurde er Militärarzt und fungirte anfangs als Ordinator, später als Oberarzt verschiedener Regimenter und Militärhospitäler, auch während des Krimkrieges. In der Folge bekleidete D. verschiedene Stellungen als Militärarzt im Kaukasus, bis er im J. 1874 nach 38-jährigem Dienst seinen Abschied nahm. Die letzten Jahre seines Lebens verbrachte er in seiner Vaterstadt Dorpat. 2) In Rostow (Gouv. Jaroslaw) der dortige Kreisarzt, Staatsrath Dr. Ed. Kerkowius. Der Verstorbene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1845—51 studirte. 3) Der Ordinator am Orelschen Gouvernements-Landschaftshospital Kriwoluzki. 4) Am 5. September erschoss sich auf der Station Poltschinok der Orel-Witebsker Bahn der Arzt Losowski, 45 J. alt, wie verlautet, wegen zerrütteter Geldverhältnisse. Er hat seine Frau mit 5 Kindern hinterlassen. (Wr.). 5) Am 27. September erschoss sich in Omsk der Oberarzt des örtlichen Militärhospitals, Staatsrath N. J. Pacholkow, in einem Anfall von Geistesstörung.

— Der *Lehrkörper der neuen Universität Tomsk* besteht gegenwärtig, soweit uns bekannt ist, aus nachstehenden ausserordentlichen Professoren: Gesechus (Physik), Zaleski (Chemie), Korshinski (Botanik), Reinhard (Zoologie), Saizew (Mineralogie), Maliew (Anatomie), Dogel (Histologie) und Lehmann (Pharmacie). Mit den Functionen des Rectors dieser Universität ist Prof. Gesechus betraut worden, als Decan und Secretär der Facultät fungirt Prof. Dogel. Das Directorium besteht aus den Proff. Dogel, Zaleski und Korshinski.

— Der Verlust, welchen der Gutsbesitzer *Pankejew* durch die von der Odessaer bacteriologischen Station an seiner Schafherde ausgeführten unglücklichen Schutzimpfungen gegen die sibirische Pest erlitten (cfr. unsern Bericht in № 36, Seite 315 dieser Wochenschr.), beläuft sich nach dem «Noworossiski Telegraph» auf 40,000 Rbl. *Pankejew* soll sich nun an die Leiter dieser bacteriologischen Station, Prof. Metschnikow und Dr. Gamaleja, mit der Bitte gewandt haben, ihm wenigstens die Hälfte des Verlustes, also 20,000 Rbl. (zu 10,000 Rbl. jeder) zu vergüten, doch sollen beide die Zahlung verweigert haben. Für das Vergraben der gefallenen Schafe hat die Landschaft, abgesehen von den Kosten für die Desinfectionsmittel und den Ausgaben, welche *Pankejew* getragen, 600 Rbl. verausgabt, da 150 Menschen drei Tage hindurch damit beschäftigt gewesen sind.

— Die Pariser Academie hat Dr. Gamaleja aus Odessa aufgefordert, nach Paris zu kommen, um dort die in seiner von Pasteur der Academie vorgelegten Denkschrift über die *Schutzimpfung der Cholera* erwähnten Versuche vor einer wissenschaftlichen Commission zu wiederholen. Der *Preis Bréant* (200,000 Frcs.), welcher bekanntlich für ein sicheres Mittel gegen die Cholera ausgesetzt ist, hat neuerdings einen zweiten Bewerber in dem bekannten spanischen Arzte Dr. Ferran gefunden, welcher bei der letzten Choleraepidemie in Spanien tausende von Schutzimpfungen ausgeführt haben will und behauptet, dass Dr. Gamaleja im Wesentlichen nur die von ihm längst angewandte Methode befolge.

— Der *IV. internationale otologische Congress zu Brüssel* fand vom 10.—14. September d. J. unter zahlreicher Betheiligung der bedeutendsten Ohrenärzte Europas und Amerikas statt. Die Zahl der anwesenden Mitglieder betrug 124. Zum Präsidenten des Congresses wurde Dr. Delstanche jun. (Belgien) gewählt und zu Ehrenpräsidenten der bereits 86jährige berühmte belgische Otolog Delstanche sen. und der Italiener Sapolini (Mailand). Die Betheiligung an den wissenschaftlichen Vorträgen und Mittheilungen war eine sehr rege. Der nächste otologische Congress wird im Jahre 1892 in Florenz stattfinden. In die internationale Commission zur Organisation des nächsten Congresses wurden aus Russland folgende Ohrenärzte gewählt: Dr. Rühlmann (Petersburg), Dr. Poorten (Riga), Dr. Stepanow (Moskau), Dr. Mandelstamm (Kiew) und Dr. Beni (Warschau).

— Der neue *Vorstand des Congresses deutscher Naturforscher und Aerzte*, welcher auf Grund der in der letzten Versammlung in Köln beschlossenen Statutenänderung gewählt wurde, besteht aus nachstehenden Personen: Prof. Virchow als Vorsitzender, Prof. Brücke (Wien) als Stellvertreter und aus den Mitgliedern Prof. Pettenkofer (München), Prof. Becker (Heidelberg), Prof. Hegar (Freiburg), Prof. v. Hofmann (Berlin), Prof. Billroth

(Wien), Prof. Biermer (Breslau), Dr. Lent (Köln), Schatzmeister Dr. Hansemann (Berlin) und Generalsecretär Dr. Lassar (Berlin). Zu diesen 11 Personen kommen nach den neuen Statuten noch die beiden jedesmaligen Geschäftsführer als stimmberechtigte Mitglieder des Vorstandes hinzu. Die Fortsetzung unseres Berichtes über die wissenschaftlichen Verhandlungen der Naturforscherversammlung in Köln bringen wir in der nächsten Nummer.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 25. September d. J. 5022 (123 mehr als in der Vorwoche), darunter 237 Typhus- (20 mehr), 464 Syphilis- (32 mehr), 40 Scharlach- (7 weniger), 17 Masern- (1 weniger), 15 Diphtherie- (1 weniger als in der Vorwoche), und 0 Pockenkranke.

— Der bekannte Massagearzt Dr. Mezger in Amsterdam soll sich nun doch entschlossen haben, noch in diesem Jahre nach *Wiesbaden* überzusiedeln, nachdem ihm von dem Erbauer des ursprünglich für ihn hergerichteten Badeetablissements die vortheilhaftesten Vorschläge gemacht worden sind.

— Im Stadttheater zu Elberfeld (Rheinprovinz) ist am 25. September Dr. med. Joseph Walde als *neuer Heldentenor* in der Rolle des *Lohengrin* mit ausserordentlichem Erfolge aufgetreten.

— «Athmoskop» nennt J. Matthew Caw ein von ihm erfundenes Instrument, das dazu dient die normalen und pathologischen Geräusche, die durch das Athmen in Lunge, Luftröhre und Kehlkopf hervorgebracht werden, aufzunehmen und durch Resonanz zu verstärken. Dasselbe besteht aus einer Kugel von dünnem Messing, die mit einem hohlen Metallstethoskop in Verbindung steht. Besonders nützliche Verwerthung soll dasselbe in der Diagnose von Lungenkrankheiten finden. (Lanzet. — A. m. C.-Z.)

— *Bezüglich der geistigen Befähigung der Kinder von Aerzten* im Verhältniss zu anderen Kindern, will Galton sehr merkwürdige Thatsachen gefunden haben. Es ergab sich aus einem Studium der Nachkommen der Mitglieder einiger bedeutenden wissenschaftlichen Gesellschaften London's, dass die Juristen die begabtesten und am wenigsten idiotische Kinder haben; dann kommen die Aerzte und endlich die Geistlichen, welche am meisten Idioten und Schwachköpfe und am wenigsten Talente produciren sollen, so dass von den Geistlichen 6 Mal soviel Idioten stammen, wie von den Juristen. (Med. Record. — Wien. kl. W.)

— Die in *Baiern* alljährlich erfolgende statistische Aufnahme *über Curpfuscherei und unerlaubten Handel mit Apothekerwaaren* hat *für das Jahr 1887* folgende Ergebnisse festgestellt: Die *Heilkunde betrieben, ohne approbirt zu sein,* 1313 Personen; 1885 wurden 1406, im Durchschnitt der Jahre 1878—1882 aber 1611 gezählt, so dass ein allmäliger Rückgang zu verzeichnen ist. Ueber Stand und Beruf der 1313 Curpfuscher des Jahres 1887 werden folgende Angaben gemacht: Apotheker 48, nicht approbirte Aerzte 6, Arztwittwe 1, Chirurgen, Bader, Zahnärzte 464, Hebammen 51, Thierärzte 4, Badbesitzer 3, Todtengräber 1, Beamte, öffentliche Bedienstete bezw. deren Frauen 32, Geistliche 30, Lehrer 7, Ordensschwestern 1, Bauern, Söldner, Austräger 259, Gewerbtreibende 184, Kaufleute, Händler, Krämer 39, Wasemeister (Abdecker) 65, Dienstboten, Tagelöhner, Arbeiter 57, Privatiers 39, Personen unbekannten Berufes oder berufslose Personen 27. — Von der Gesammtzahl der die Heilkunde unberechtigt Ausübenden befassten sich besonders 132 mit der Bereitung und dem Verkauf von Arzneimitteln, 162 mit Geheimmittelhandel und Sympathiecuren, 90 mit Homöopathie, 12 mit Elektrohomöopathie. (Allg. med. Ctrl.-Ztg.).

— *Kaukasische Mineralwasser.* Mit dem 1. September wurden die Badeanstalten von Shelesnowodsk und Essentuky geschlossen. Aus dem Berichte des Regierungscommissars ist zu sehen, dass die Zahl der Badegäste in der heurigen Saison bis zu 6897 Personen gestiegen, um 289 mehr wie in der vorhergehenden. Die Frequenz der Badegäste für die Zeit der Regierungsadministration verhält sich folgender Weise:

1884 war die Zahl der Badegäste bis zum 31. Aug. incl. 4565 Pers.
1885 » » » 5773 »
(um 1208 mehr wie im Vorjahre),
1886 » » » 5910 »
(um 137 mehr wie im Vorjahre),
1887 » » » 6608 »
(um 698 mehr wie im Vorjahre),
1888 » » » 6897 »
(um 289 mehr wie im Vorjahre).

Seit Beginn der Regierungsadministration ist also die Badefrequenz um 2332 Personen gestiegen.

Bülletin der meteorologischen Station Dr. Dmitrijew's in Jalta.

Monat und Datum	Temp. der Luft nach Celsius					Hygrn.	Barometer	Windfahne			Zustand des Himmels			Niederschlag
	7 Uhr Morg.	1 Uhr Tags	9 Uhr Abends	Maxim.	Minim.	Mittel	Mittel	7	1	9	7	1	9	
Sept. 10	13,2	19,2	15,2	24,0	11,2	55	769,2	0	0	0	0	CN_2	0	0
11	15,0	21,4	14,8	32,0	11,0	55	768,8	0	E_1	0	0	S_1	0	0
12	14,6	21,6	14,6	25,0	12,2	57	765,8	0	E_2	0	0	0	0	0
13	16,2	24,6	17,0	27,5	13,6	42	761,3	N_1	0	0	0	0	0	0
14	16,6	23,1	17,4	26,0	14,7	52	761,4	0	0	0	0	C_1	0	0
15	16,6	22,0	17,6	26,0	13,6	69	764,5	0	0	0	S_3	SN_2	0	0
16	15,8	22,8	14,6	26,0	13,6	70	762,9	8	0	0	CN_3	CN_4	S_2	0

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs
für die Woche vom 18. bis 24. September 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
208	187	395	82	36	51	6	6	7	33	47	36	37	34	14	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 11, Diphtherie 9, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie u. Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 2, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 13, Krankheiten des Verdauungscanals 53, Todtgeborene 27.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	9.—15. Sept.	2488	30,2	—	1331	16,2
Paris . . .	2 260 945	9.—15. Sept.	1120	25,7	75	855	19,7
Brüssel . .	181 270	2.—8. Sept.	96	27,6	4	90	25,8
Stockholm .	221 549	2.—8. Sept.	147	34,4	8	66	15,5
Kopenhagen	300 000	12.—18. Sept.	222	38,4	4	118	20,4
Berlin . . .	1 414 980	9.—15. Sept.	929	34,1	24	596	21,9
Wien . . .	800 889	9.—15. Sept.	457	31,8	35	292	19,0
Pest . . .	442 787	2.—8. Sept.	342	40,0	16	250	29,4
Warschau .	444 814	9.—15. Sept.	215	25,1	20	248	28,9
Odessa . . .	268 000	9.—15. Sept	—	—	7	120	23,3
St. Petersburg	861 303	16.—22. Sept.	516	30,9	21	386	23,3

☛ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. October 1888.**

☛ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. October 1888.**

Tagesordnung: Dr. Werner: Ueber Neurasthenie.

Довв. цена. Спб. 30. Сентября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. Th. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Inserations-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 41. St. Petersburg, 8. (20.) October 1888.

Chronische Nierentuberculose mit intercurrenten Anfällen acuter Erkrankung der Nieren.

Von

Dr. Egbert Braatz.

L. A., ein neunjähriges Mädchen, ist seit ihrem zweiten Lebensjahre sehr viel krank gewesen. Schwellungen und theilweise Vereiterungen der Halslymphdrüsen dauerten unter zeitweiliger Besserung mehrere Jahre. 1884 hörten die Eiterungen auf der rechten, 1885 auf der linken Seite auf, nach gründlicher Drainirung.

Dazwischen waren in längeren Pausen zu mehreren Malen fieberhafte Erkrankungen mit Uebelkeiten und Erbrechen aufgetreten.

In ähnlicher Weise erkrankte sie auch am 9. November 1887. Vom behandelnden Arzte wurde reichlich Eiweiss im Urin und die mikroskopischen Zeichen der Nephritis festgestellt. Seit jener Zeit wurde der Urin regelmässig auf Eiweiss untersucht, zum grossen Theil von der Mutter der Patientin, nach der Essigsäure-Kochprobe. Der Eiweissgehalt nahm allmälig ab, wurde aber fast regelmässig in wechselnder Menge gefunden. Aehnliche, aber schwächere Anfälle wie der am 9. November mit vorübergehender Steigerung des Eiweissgehaltes traten auch im Februar und März d. J. auf.

Ende April wurde ich zur Consultation hinzugezogen. Der Eiweissgehalt war zu dieser Zeit so gering geworden, dass er tageweise ganz fehlte. Was den sonstigen Zustand betrifft, so sah das Kind etwas blass aus. Am Halse sieht man zu beiden Seiten zahlreiche, grössere und kleinere Narben, welche theils von spontanen Perforationen, theils von Entleerungsschnitten herrühren. Die Untersuchung der Lunge und des Herzens ergiebt, bis auf eine gelegentliche, leichte Arythmie des letzteren, nichts Krankhaftes. Die gewöhnliche Urinmenge beträgt etwa 6—700 Ccm. Der Augenhintergrund ist nach der Untersuchung eines hiesigen Augenarztes gesund.

Der Appetit ist im Allgemeinen nicht besonders gut. Das Kind wechselt bei den leichtesten Affecten auffallend leicht die Gesichtsfarbe, auf die grösste Blässe folgt ungemein leicht eine Purpurröthe. Auch schwitzt sie leicht. Sonst war das Allgemeinbefinden gut.

Die Kleine wurde zu ihrer Stärkung auf's Land in eine Waldgegend geschickt. Hier war sie sehr munter, lief viel umher und alles schien nach Wunsch zu gehen.

Da erkrankte sie plötzlich am 23. Juni unter starkem Erbrechen, Uebelkeit und Fieber. Die sehr intelligente und zuverlässige Mutter maass alle 2 Stunden, Tag und Nacht, die Temperatur und untersuchte oft den Urin auf Eiweiss, weil sich ihre Sorge sofort auf die Möglichkeit einer abermaligen Nierenerkrankung richtete. *Der Urin war im Anfang frei von Eiweiss,* seine Menge stark vermindert. Am ersten Krankheitstage, den 23. Juni, erhob sich die Temperatur von früh 38,0 bis Nachmittags 40,0, um Abends auf 40,5 zu bleiben.

Am 24. Juni, dem zweiten Krankheitstage, begann die Temperatur mit 39,0; um 4 Uhr und um 8 Uhr Morgens wurde je eine kleine Dosis Antipyrin (0,18) gegeben. Mittags war die Temperatur 37,6, um 4 Uhr Nachmittags 38,0. Um diese Zeit war ein in der Nähe auf dem Lande wohnender College angelangt. Der Urin wurde jetzt auf Eiweiss untersucht und erwies sich als rein von demselben. Um 6 Uhr untersuchte die Mutter wieder allein und fand hier zum ersten Male, *also am Abend des zweiten Krankheitstages, Eiweiss im Urin.* Das Fieber, welches an demselben Tage wieder 39,1° erreicht hatte, nahm nun im Verlaufe der nächsten Tage allmälig ab.

Der Eiweissgehalt war am grössten in den 24 Stunden vom 25. auf den 26. Juni. Gerade diesen Urin erhielt ich auf meine Veranlassung in einer sorgfältig gereinigten Flasche zur Stadt geschickt. Die Gesammtmenge desselben betrug ca. 200 Ccm., der Eiweissgehalt nach Schätzung gegen ¼ Procent. Die einfache mikroskopische Untersuchung ergab zahlreiche weisse und rothe Blutkörperchen und nicht seltene, granulirte Cylinder.

Den wichtigsten Befund lieferte aber die Untersuchung des Urins auf Tuberkelbacillen. Letztere wurden mehrfach in Gruppen von 20 bis 30 und darüber gefunden. Einzelne Tuberkelbacillen waren selten zu sehen. Eine von jenen Gruppen hatte eine sichelförmige Gestalt.

Es ist nicht gut möglich, hier, wo es sich um die Sicherstellung des Vorhandenseins von Tuberkelbacillen im Harn handelt, eine andere concurrirende Bacteriengruppe zu übergehen, wenn sie auch speciell für unseren Fall, wo es sich

um ein 9-jähriges Mädchen handelt, weniger in Betracht kommen dürfte, nämlich die «Smegmabacillen». Lustgarten und Mannaberg[1]) haben die Smegmabacillen auch in der normalen männlichen Urethra nachgewiesen, von woher sie sich dem Urin in beträchtlicher Menge beimischen sollen und meinen daher: «Die aus der Zeit vor der Kenntnissnahme der Smegmabacillen stammenden Mittheilungen über Tuberkelbacillen sind daher mit grosser Reserve aufzunehmen, weil es sich in diesen Fällen, selbst bei etwa vorgenommener Reinigung der Glans, immer noch um Smegmabacillen, welche aus der Urethra stammen, gehandelt haben kann». Nach einfacher Analogie kann man annehmen, dass die Verhältnisse für die weibliche Urethra ähnlich liegen.

Wie man sieht, werden hier dieselben Smegmabacillen, welche von Alvarez und Tavel gegen die Existenzberechtigung der Lustgarten'schen Syphilisbacillen als gefährliche Concurrenten erwiesen wurden, wiederum von Lustgarten gegen die Distinction der Tuberkelbacillen in's Feld geführt.

Es handelt sich kurz um Folgendes:

Für gewöhnlich entfärben sich die Smegmabacillen schon durch Alcohol, aber gelegentlich setzen sie sowohl diesen, als auch der Entfärbung durch Säuren einen erheblichen Widerstand entgegen, wenn diese beiden Agentien einzeln, nach einander angewandt werden (Matterstock, Bitter u. A.). Auf diese Weise könnten sie unter Umständen mit Tuberkelbacillen verwechselt werden, wenn letztere nach der Koch-Ehrlich'schen Methode gefärbt werden. Dennoch sind sie sehr wohl von einander zu unterscheiden: Die Smegmabacillen verdanken, wie Bienstock und Gottstein nachgewiesen, ihr eigenthümliches Färbeverhalten einer Fetthülle, welche einerseits die Aufnahme des alkalischen Farbstoffes begünstigt, dann aber das Eindringen der wässerigen Säurelösung erschwert. Diese Fetthülle wird jedoch von der entfärbenden Säure durchdrungen, wenn sie gleichzeitig mit dem Alcohol (in einem Gemisch) einwirkt (Bienstock). Ebenso nehmen auch andere «Fettbacillen» (verschiedene Bacillen, z. B. Typhusbacillen, wenn sie auf fetthaltigen Nährböden gezüchtet worden sind), wie die Smegmabacillen, bei länger dauernder Nachfärbung Vesuvin- und Methylenblau auf (Baumgarten). Gebraucht man also zum Entfärben gründlich den Orth'schen Salzsäurealcohol und färbt sorgfältig mit Methylenblau nach, so ist eine Verwechselung wohl sicher ausgeschlossen. Ausserdem sind noch einige weitere Puncte zu berücksichtigen. Die Tuberkelbacillen treten, zumal im Urin, gern in Gruppen auf, welche den aus den Reinculturen herstammenden sehr gleichen, während die Smegmabacillen diese Eigenschaft nicht zeigen. Ferner geben Lustgarten und Mannaberg selbst an, dass die Smegmabacillen im Urin bald verschwinden, zu Grunde gehen, wie sie annehmen. Letztere Annahme braucht nicht die richtige zu sein, denn es könnten ja die Smegmabacillen im Urin, wenn dieser in alkalische Gährung geräth, durch die Alkalien nur ihre Fetthülle einbüssen, um sich dadurch jeder besonderen Färbung zu entziehen und in ihre eigentliche, unbedeutende Rolle als harmlose Saprophyten zurückzusinken.

Alles in Allem folgt daraus, dass die Smegmabacillen einen ungeübten Untersucher einmal gelegentlich wohl irre führen könnten, im Allgemeinen aber Irrthümer leicht zu vermeiden sind. Man muss wenigstens an die betr. Bacillen bei Untersuchungen des Urins denken, um sich mit leichter Mühe gegen etwaige Einwendungen zu sichern und sich die Beweiskraft seiner Untersuchungen nicht trüben zu lassen. Es bedarf wohl keines besonderen Hinweises, dass wir alle die aufgeführten Cautelen angewandt haben. So haben wir u. A. charakteristische Tuberkelbacillenpräparate aus dem 10 Tage alten, in alkalische Gährung (schöne Krystalle von harnsaurem Ammoniak) übergegangenen Urin erhalten.

Als Quelle für die Nierentuberculose können wir nur, da jede anderweitige tuberculöse Erkrankung in unserem Falle fehlt, jene vorhin erwähnten scrophulösen Halsdrüsen ansehen. Die Frage, ob man solche Drüsen entfernen soll, um der späteren Entwickelung weiterer tuberculöser Erkrankungen vorzubeugen, ist trotz ihres Alters auch jetzt noch von Interesse und in Discussion. Carl Hüter war wohl einer der Ersten (c. 1872), welcher strenge die prophylaktische Exstirpation solcher Drüsen verlangte, nachdem ihre tuberculöse Natur durch Mikroskop und Impfung erwiesen war.

Aber schon seine blosse Aufzählung der Lymphdrüsengruppen am Halse macht in Bezug auf ihre Exstirpationsmöglichkeit einen etwas bedenklichen Eindruck. Unter Anderem werden hier von ihm aufgeführt: supracarotide, längs der Gefässscheide gelegene, «zuweilen auch von dieser Scheide eingeschlossene»; suprajugulare, oft mit dem paravasculären Bindegewebe verwachsene; supraclaviculare, zuweilen ziemlich nahe der Art. subclavia, ferner eine prävertebrale Gruppe und eine in der Tiefe auf der Carotis int. gelegene. Von letzteren Drüsen sagt sogar Hüter, sie seien «dem Messer ziemlich unerreichbar». Jener Eindruck wird noch verstärkt durch die Schilderung der Operationen, welche weiter Hüter selbst giebt. Es geht daraus mit Sicherheit hervor, dass die Exstirpation der scrophulösen Symptome am Halse eine sehr gefährliche Operation ist, welche ihren Zweck, die Entfernung der Krankheitsursache, trotzdem nur theilweise erfüllen kann. Von einer wirklichen Prophylaxe kann also kaum die Rede sein. Dennoch herrscht unter den Chirurgen noch keine völlige Uebereinstimmung.

Auf dem 14. Chirurgencongress (1885) stellte v. Volkmann die These auf (34): «Tuberculöse Lymphdrüsen werden am besten mit dem Messer, und da, wo es sich, wie gewöhnlich, um sog. Lymphdrüsenpackete handelt, nach denselben Principien, wie die afficirten Achseldrüsen bei Carcinoma mammae entfernt». Der Krebskranke ist ohne Operation unbedingt verloren, während dagegen die Prognose bei scrophulöser Drüsenerkrankung doch eine wesentlich andere ist. v. Volkmann sagt selbst hierüber (l. c. These 37, b): «Dieser wahrscheinlich unendlich häufige, ja fast regelmässige Vorgang (das Eindringen der Tuberkelbacillen von dem ursprünglichen Herde aus in die Lymphgefässe) führt gewöhnlich nicht zu Generalisation, insofern die Lymphdrüsen die specifischen Krankheitserreger nicht nur zurückhalten, sondern offenbar auch in vielen Fällen vernichten. Die Bedeutung der Lymphdrüsen als Schutzapparate und Filtra bei örtlichen infectiösen Processen aller Art ist noch nicht hinreichend gewürdigt. Selbst wenn die Lymphdrüse nun inficirt wird und schwer tuberculös erkrankt, ist die Generalisation noch in sehr weitem Felde, da, falls auch von ihr aus das Virus weiter gelangt, dasselbe in höher gelegenen Lymphdrüsen von Neuem aufgehalten wird. Die Generalisation tritt erst ein, wenn die letzte Lymphdrüse, die zwischen dem erkrankten Theile und dem Blutstrome liegt, überwunden, oder der Ductus thoracicus selbst erkrankt ist».

Mit dieser Ansicht übereinzustimmen scheint das oft frappant schnelle und bösartige Auftreten des Recidivs nach der Exstirpation.

Wozu soll man also die im Allgemeinen so nützlichen Lymphdrüsen um jeden Preis entfernen und gerade dadurch den Pilzen den Blut- und Lymphstrom eröffnen? Mehrere Statistiken zeigen ebenfalls die Erfolglosigkeit der Exstirpationsversuche. Dabei sind die Nachweise negativer Erfolge beweisender, als die Behauptung positiver, weil letztere bei der bekannten, oft lange dauernden Latenz tuberculöser Processe sich noch jeden Augenblick in negative umwandeln können. Erwähnen wollen wir die neuerdings erschienene Dissertation von Max Scheyer aus der Bres-

[1]) Lustgarten und Mannaberg: Ueber die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra und des normalen Harnes etc. Vierteljahrsschr. für Dermatol. und Syphilis, XIV, 1887, pag. 905. Vergl. Baumgarten: Jahresbericht III, pag. 417.

lauer Klinik (1882—1886, 52 Fälle). Geringe Zahl der absoluten Erfolge, Häufigkeit der Recidive und geringer prophylaktischer Werth der Exstirpation veranlassen Scheyer, sich gegen diese Operation auszusprechen und der Ansicht v. Bergmann's beizutreten, welcher nur unter bestimmten, ausnahmsweise vorhandenen Bedingungen die Exstirpation unternimmt.

Soviel über die Aussichten einer operativen Behandlung der tuberculösen Lymphdrüsen des Halses zum Zweck einer Prophylaxe. Was die pathologisch-anatomische Grundlage unserer chronischen Nierentuberculose betrifft, so spielen hier wohl die Gefässe die Hauptrolle. Nasse[2]) sagt z. B.: «Es kommen bei disseminirter Tuberculose in den Nieren und besonders häufig in der Milz anämische oder gemischt anämisch-hämorrhagische Infarcte vor, welche durch eine tuberculöse Erkrankung der zuführenden Arterie mit nachfolgender Thrombose verursacht werden».

Damit hätten wir auch für unseren Fall ein Verständniss dafür gewonnen, wesswegen die Krankheit in intercurrenten, acuten Anfällen aufgetreten ist.

Die kleine Patientin wiesen wir zur weiteren Berathung, mit den entsprechenden mikroskopischen Präparaten versehen, an eine ausländische Autorität, von welcher sie nach Berka in Thüringen, dem «deutschen Meran» geschickt wurde.

Sie fühlt sich dort ausserordentlich wohl.

Libau, im August 1888.

Referate.

Prof. A. Obalinski (Krakau): Eine neue Methode gemischter Narkose. (Wiener klin. Wochenschrift. Jahrg. I. № 15 und 16).

Gestützt auf die Erfahrung, dass gewisse Mittel, gleichzeitig mit Chloroform angewandt, wenigstens theilweise die durch dasselbe hervorgerufenen unangenehmen Nebenerscheinungen zu verringern scheinen, wenn auch nur durch die geringere, zur Narkose erforderliche Chloroformmenge, entschloss sich der Verf. das Cocain in Verbindung mit der Chloroformnarkose zu erproben, da dasselbe eines der besten excitirenden Mittel ist und im vollständigen Antagonismus zum Chloralhydrat und Chloroform steht. Verf. wandte das Cocain innerlich in mittleren Dosen (1—3 Ctg.) vor oder nach der Chloroformnarkose an, oder er injiicirte es subcutan längs der zu operirenden Hautstelle (im Ganzen 3—5—7 Ctg.), sobald das Toleranzstadium bei reiner Chloroformnarkose eingetreten war.

Auf Grund zahlreicher Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die mit Cocain combinirte Chloroformnarkose vereinigt in sich die Vortheile beider Anästhesirungsmethoden, d. h. der durch Chloroform hervorgerufenen allgemeinen und der durch Cocain bewirkten localen Anästhesie. Indem diese beiden Mittel zu einem Ziele streben, schliessen sie gleichzeitig gewisse ihnen bei separater Anwendung zukommende gefährliche Zustände aus. Schon der Umstand, dass weniger Chloroform verbraucht wird, macht die Narkose sicherer und uns zuversichtlicher in der Anwendung derselben, da gleichzeitig ein Mittel angewandt wird, von dem wir wissen, dass es das beste Excitans ist, welches im Gegensatz zur gefäss- und herzlähmenden Wirkung des Chloroforms Contractionen sowohl der Gefässe, als auch des Herzmuskels auslöst. Andererseits giebt es Individuen mit einer gewissen Idiosynkrasie für das Cocain, bei welchen sogar verhältnissmässig kleine Cocainmengen unangenehme Symptome einer Gehirnanämie (Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Gesichtsblässe, Schwindel etc.) hervorrufen. Ein sogleich verabfolgtes Antidot, zu welchem Amylnitrit, Chloralhydrat, Chloroform, Aether und Morphin gehören, beseitigt auf der Stelle diese unangenehmen Erscheinungen. Folglich ist eine locale Cacainanästhesie in Verbindung mit durch Chloroform hervorgerufener Halbnarkose viel sicherer, als eine reine Chloroformnarkose.

2) Das Erbrechen kommt bei dieser Methode der gemischten Narkose viel seltener vor. Die gänzliche Beseitigung desselben ist kaum möglich, da manchmal eine so starke Idiosynkrasie gegen Chloroform vorhanden ist, dass sogar minimale Dosen desselben Erbrechen bewirken. Eines ist jedoch sicher, dass das Erbrechen, welches nach der mit Cocain combinirten Chloroformnarkose auftritt, um vieles gelinder ist, als das nach reiner Chloroformnarkose.

3) Ganz besonders muss das leichte Erwachen aus der Cocain-Chloroformnarkose und das Fehlen jener unangenehmen Abgeschlagenheit und Mattigkeit nach ihr hervorgehoben werden. Die meisten Patienten fühlen sich ganz wohl, rüstig und munter.

Das einzige unangenehme, obwohl selten, aber doch dann und wann vorkommende Symptom ist eine stärkere Excitation, besonders bei nervösen Individuen, welche jedoch nicht allein dem Cocain zuzuschreiben ist. —ss.

H. Leloir: Die Organisation der syphilidologisch-dermatologischen Kliniken in Deutschland und Oesterreich. (Annales de dermat. 1888, № 1—4).

Der bekannte Lepraforscher Prof. H. Leloir (in Lille) veröffentlicht über dieses Thema eine Reihe interessanter Artikel, aus welchen wir einen kurzen Auszug geben wollen. Besonders erfreulich ist die Objectivität, mit welcher der allem nationalen Hader fern stehende französische Professor seine Achtung vor der deutschen Wissenschaft ausspricht.

Im Juli 1887 erhielt Prof. Leloir vom französischen Unterrichtsminister den Auftrag, einen Bericht über die Organisation des dermat. syphilid. Unterrichts in Deutschland und Oesterreich zu erstatten, nebst den daraus folgenden Vorschlägen zur Hebung dieses Unterrichtes in Frankreich. Leloir, welcher 8 Mal Studienreisen durch Deutschland unternommen und sämmtliche dermatol. Kliniken besucht, giebt darüber folgende Daten:

I. *Deutschland*. Dasselbe besitzt 20 Universitäten, jedoch nur in 11 wird Dermatologie und Syphilidologie besonders gelehrt. Die Professoren können nur Extraordinarii werden.

1) *Berlin* hat 1 Klinik für Syphilidologie (Prof. Lewin) mit 100 Betten. — 1 Klinik für Dermatologie (Prof. Schweninger) mit 20 Betten.

2) *Breslau* hat 1 Klinik für Syphil. u. Dermat. (Prof. Neisser) mit 80 Betten.

3) *Bonn* hat 1 Klinik für Syphil. u. Dermat. (Prof. Doutrelepont) mit 56 Betten.

4) *Strassburg* hat 1 Klinik für Syphil. u. Dermat. (Prof. Wolf) mit 122 Betten.

5) *München* hat 1 Klinik für Syphil. u. Dermat. (Doc. Kopp und Doc. Posselt) mit 108 Betten [davon 12 Betten für Studenten].

6) *Würzburg* hat 1 Klinik f. Syphil. u. Dermal. (Prof. Matterstock) mit 62 Betten.

Die übrigen Universitäten besitzen noch keine Kliniken für die genannten Fächer, Königsberg (Prof. Caspary) hat eine Poliklinik, Leipzig nicht einmal das, sondern muss Doc. Lesser seine Privat-Poliklinik zu seinen Cursen benutzen. Erlangen besitzt fast garkein Material (Doc. Fleischer). Jena und Freiburg hatten Docenten für Dermatol. und Syphilid., doch sind dieselben weggezogen. In Giessen, Greifswalde, Göttingen, Halle, Heidelberg, Kiel, Marburg, Rostock und Tübingen existiren keine Lehrkräfte, die Dermat. und Syphil. speciell vortragen. Wenngleich also daraus resultirt, dass diese Fächer in Deutschland noch nicht vollständig zur Geltung gekommen, so meint L., es sei nur eine Frage der Zeit, gewiss wird sie aber dort eher gelöst werden, als in Frankreich; denn in Deutschland, wo das Institut der Privatdocenten bestehe, finden sich immer wieder neue Kräfte, die sich den Specialfächern widmen. Das sei auch begreiflich, denn dem deutschen Gelehrten stehe die Welt offen, wie die zahlreichen Berufungen an die Hochschulen der verschiedensten Länder (bis nach Amerika und Japan) zeigen. Was nun die Localitäten der Kliniken betrifft, so haben sie in Berlin, Breslau und München noch alte Hospitalräume, in Würzburg sogar sehr schlechte. Dafür soll aber die dermat.-syphilid. Klinik in Bonn ein Musterbau in jeder Beziehung sein und stellt sie L. auch dem franz. Minister als Vorbild für derartige Kliniken in Frankreich vor. Auch die Geldmittel sind in Deutschland viel reichlicher, als sie in Frankreich den Dermatologen zur Verwendung gegeben werden. 2 Puncte hebt ferner Leloir hervor, die er in Deutschland vermisst: 1) fehlen Museen mit plastischen dermatol.-syphil. Abgüssen bei den Kliniken und 2) ist der Unterricht in den genannten Fächern nicht obligatorisch.

II. *Oesterreich-Ungarn*. Dasselbe besitzt 8 Universitäten und in allen bestehen syphil.-dermatol. Kliniken, der Unterricht ist durchaus genügend organisirt, wohl so gut wie in keinem anderen Lande.

1) *Wien* hat 3 Kliniken und 2 Hospitäler, wo Venerische aufgenommen werden, im Ganzen 800 Betten, die zu Lehrzwecken dienen können und zwar:

1. Dermatol. klin. Abtheil. (Prof. Kaposi) — 200 Betten.
2. I. Syphilid. » » (Prof. Neumann) — 200 Betten.
3. II. » » » (Prof. Lang) — 100 Betten.
4. Abth. im Rudolph-Spital (Prof. Wertheim) — 100 Betten.
5. » Wiedener » (Dr. Hermann) — 100 Betten.

2) *Gratz* — Klinische Abth. mit 130 Betten (Prof. Lipp).
3) *Insbruck* » » » 51 » (Prof. ?).
4) *Klausenburg* » » » 66 » (Prof. Geber).
5) *Krakau* » » » 70 » (Prof. Rosner).
6) *Prag* a) deutsche klinische Abth. mit 90 Betten (Prof. Pick).
b) tschechische klinische Abth. mit 102 Betten (Prof. Janowski).

Im Ganzen hat Oesterreich-Ungarn für genannte Specialität 3 ordentliche und 8 ausserordentliche Professoren, Wien ausserdem noch 10 Privatdocenten.

Zum Schluss giebt Leloir eine Reihe von Vorschlägen zur Reorganisation des betreffenden Unterrichtes in Frankreich. Vor

[2]) Nasse: Beiträge zur Kenntniss der Arterientuberculose. (Virchow's Archiv Bd. CV, 1886, pag. 173). Baumgarten's Jahresbericht II.

Allem müssten noch Lehrstühle in Bordeaux, Montpellier und Nancy errichtet werden, wo sie bisher fehlen. Dann müssen den Kliniken und Professoren mehr Mittel zur Verfügung gestellt werden, Laboratorien eingerichtet und Assistenten angestellt werden, kurz es bleibt noch viel zu thun übrig, um die Verhältnisse denen in Deutschland und Oesterreich ebenbürtig zur Seite zu stellen. Auch müsste in Frankreich eine syphilidologisch-dermatologische Gesellschaft gegründet werden, welche alljährlich Congresse veranstaltet, ähnlich wie die syphilidologisch-dermatologische Section der deutschen Naturforscherversammlung.

Die Studie Leloir's bietet auch für Russland viel Beherzigenswerthes, da für genannte Specialität noch gar wenig geschehen. St. Petersburg, Moskau, Kasan, Kiew und Charkow besitzen allerdings extraordinäre Professoren, doch sind die Kliniken meist recht mangelhaft und das Studium für die Studenten nur in St. Petersburg obligatorisch. Dorpat besitzt leider noch nicht einmal eine Docentur für die genannten Fächer, die nebenbei vom Chirurgen vorgetragen werden müssen. Vor Allem aber muss der Standpunct (welchen leider auch noch viele Aerzte einnehmen) fallen gelassen werden, dass der Venericus nicht gleichberechtigt ist mit den anderen Kranken. «Alles was für andere Kranke zu schlecht, das soll für den Venericus noch gut genug sein», solche Ansichten hört man noch viel zu oft. Und dann spricht man noch immer von einem «Kampf gegen Syphilis». Derselbe hat bei uns noch nicht *ernstlich* begonnen, sonst würde man mit der Einrichtung von Specialhospitälern beginnen, die zugleich zu *Lehrzwecken* dienen müssten. P.

Zalesski (Dorpat): Ueber die Unzweckmässigkeit silberner Tracheotomiecanülen. (Med. Obsr. № 8).

Vor etwa 5 Jahren brachte der Assistent der chirurgischen Klinik ins chemische Laboratorium des Prof. C. Schmidt eine silberne Tracheotomiecanüle, welche ungefähr 2 Jahre in der Luftröhre eines Kranken ununterbrochen und ohne gereinigt zu werden gelegen hatte. Von der Röhre waren nur klägliche Ueberreste in Form übereinander gelagerter Spinngewebe übrig geblieben und wunderbarerweise hielt dieses Skelett der Canüle noch zusammen. Verf. meint, dass das Silber durch die in allen Körpersecreten reichlich vorhandenen Chloride, vielleicht auch die Cyanverbindungen (Rhodankalium im Speichel) aufgelöst werde und machte, um dieses Verhalten zu studiren einer Katze die Tracheotomie und liess die eingeführte kleine silberne Canüle 4 Wochen bis zum Tode des Thieres liegen; die 1,9892 Gramm wiegende silberne Röhre hatte 0,0056 Grm. d. h. 0,282 % ihres Gewichts verloren! Nimmt man das Gewicht einer gewöhnlichen silbernen Tracheotomiecanüle zu 10—16 Grm. an, so würden, wenn sie auch nur zur Hälfte aufgelöst werden würde, doch 5—8 Grm. vom Körper aufgesogen werden, mithin liegt die Gefahr einer Argyrie recht nahe. Verf. schlägt desshalb vor, die Canülen für Wohlhabende aus Gold oder Platina, besser noch aus Bergkrystall, für ärmere aus hartem schwerflüssigem Glase, Porcellan oder selbst Elfenbein anfertigen zu lassen. Hz.

Chantemesse und Ferdinand Vidal: Die Mikrobe der epidemischen Dysenterie. (Sitzungsberichte der Academie de médecine, vom 10., 17. und 28. April 1888).

Verf. haben eine specifische Stäbchenmikrobe in den Faeces, den Dickdarmwänden, den Mesenterialdrüsen und der Milz einer an Dysenterie Verstorbenen, und weiter in den Stühlen von 4 Dysenterischen gefunden; in den Stühlen gesunder Individuen kommt dieselbe nicht vor.

Auf den Darmschnitten Verdickung im Niveau der Muscularis und der zelligen Schicht. Die Drüsen theils geschwollen und catarrhalisch afficirt, theils wie abrasirt. Proliferation der Bindegewebszellen zwischen den Drüsenschläuchen. Die Schleimhautoberfläche mit den Mikroben wie austapezirt. Sehr zahlreiche Vegetationen in den blinden Enden der Drüsen, zwischen den Schläuchen Infiltrationen der verdickten und entzündeten Zellmembran. Aus dieser, aus den Ganglien und der Milz wurden Reinculturen dargestellt.

Die Mikrobe ist wenig beweglich und färbt sich schlecht mit Anilin, hat die Form eines Stäbchens mit abgerundetem Ende, ist leicht gebaucht, und ihr querer Durchmesser wird nach einanderfolgenden Culturen in Nährgelatine grösser. Sie entwickelt sich rapide auf Gelatine bei gewöhnlicher Temperatur, auch in Bouillon und auf der Kartoffel, auf der sie gelbliche, trockene Culturen erzeugt. Sie verflüssigt nicht die Gelatine und bildet auf der Oberfläche eine weissliche Haut. Sie wächst mit grosser Energie in sterilisirtem Seinewasser. Isolirte Colonien sahen wie helle Flecke aus. Später werden sie gelb und gleichsam aus 2 concentr. Kreisen, einem innern dunklen und unregelmässigen, einem äussern hellern und regelmässigeren bestehend. Dann verlieren sie ihre gelbe Farbe und haben ein weissliches und körniges Aussehen. Nie ist eine Colonie grösser als eine Linse. Sporenbildung ist noch nicht beobachtet worden.

Impfungen auf Thiere (Kaninchen) sind vorgenommen einmal durch Fütterung mit Reinculturen, weiter durch intraperitoneale Injection und endlich durch eine intraintestinale. Nach der Verfütterung findet man bei der Section nach 8 Tagen im Magen Ulcerationen von Linsengrösse, im ersten Theile des Dickdarms sehr flüssige Stoffe und die Mikroben, Verdickung der Wände und Vergrösserung des Durchmessers des Dickdarms, Ecchymosen, *Atrophie* der Follikel. Nach Alkalisirung des Magens sind die Läsionen grösser, ulcerirte Placques mit unregelmässigen Contouren, mit pulpösen Pseudomembranen auf indurirtem, weisslichem Grunde.

Bei der intraperitonealen Injection Tod nach 2—3 Tagen, Peritonitis, Pericarditis, fibrinöse Pleuritis.

Bei der Section von Thieren, 8 Tage nach der intraintestinalen Injection haben die Verf. gefunden Verdickung des ersten Theiles des Dickdarms, wässerigen Inhalt mit Mikroben, Schwellung, Ecchymosenbildung und Ulceration der Schleimhaut, *Hypertrophie* (! s. o.) der Follikel und Mesenterialganglien. Mikroben in den Wandungen und den Follikeln. In der Leber 2—3 gelbe Herde, die mikroskopisch aus Coagulationsnekrose und Bacillenanhäufung bestehend sich entpuppt hätten.

Aus allem eben Angeführten ziehen Verf. den Schluss, dass die von ihnen gefundene Mikrobe specifisch sei. N.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung am 7. März 1888.

1. Dr. Frankenhäuser giebt eine Uebersicht über alle Typhusfälle im Evangelischen Hospital in den Jahren 1886 und 1887. 1886 wurden alle 40 Fälle mit Eisabreibungen und Chinin behandelt, 1887 alle 50 Fälle fast ausnahmslos mit Antifebrin; nur in zu schweren Fällen kam auch Chinin als Herztonicum zur Anwendung.

Die Zahl der Fiebertage war: 1886 im Mittel 25,8 Tage
» » » » » 1887 » » 25,0 »
» » » Verpflegungstage 1886 » » 31,8 »
» » » » » 1887 » » auch gerade 31,8 Tage.

Also war bei Antifebrinbehandlung die Reconvalescenz jedenfalls keine verschleppte. Diese Zahlen geben keiner Behandlung den Vorzug; wohl würde sich vielleicht ein Vorzug zu Gunsten des Antifebrins herausstellen, wenn man die Schwere der Fälle in Betracht zieht. Diese war 1887 im Ganzen wohl grösser. — Die Mortalität war 1887 etwas grösser (4 Todte auf 70 Fälle = 5,8 %); das ist aber nur zufällig, weil diese Mortalitätsstatistik durch eine Puerpera, die am 4. Tage des Typhus (?) starb, so ungünstig beeinflusst wird.

Verordnet wurde meist 15—20 Gran pro die, nie mehr als 65 Gran pro die. Auch nach solchen Gaben nie Collaps. Meist äusserten die Kranken subjectives Behagen dabei; zuweilen waren wohl Schüttelfröste nach der Apyrexie, die dann sehr lästig sind.

Als Nervinum schätzt F. das Antifebrin sehr; eine rheumatische Ischias heilte, nachdem alle möglichen Mittel vergebens gebraucht waren, nach 6-tägigem Gebrauch von Antifebrin zu 5 Gran zweistündlich.

Dr. Lingen bestätigt die günstigen Erfahrungen in Bezug auf Antifebrin als Nervinum, nicht aber als antifebriles Mittel. Besonders bei der Typhusbehandlung habe es weder irgend erhebliche subjective Euphorie gebracht, noch den Verlauf sonst verkürzt oder gemildert. Im Gegentheil waren die Temperaturen nach Aufhören der Antifebrinwirkung immer ganz besonders hoch.

Dr. Moritz schliesst sich dieser Erfahrung an. Er warnt vor dem Durchbehandeln eines Typhus mit Antifebrin. Es würden dabei wohl in protrahirten Fällen Collapserscheinungen nicht fehlen. Der Werth des Mittels als Nervinum wird auch von Dr. Assmuth und Dr. Kernig betont; von ersterem besonders für Migräne aber nur in Gaben von 5 Gran; sind diese wirkungslos, so helfen Steigerungen der Dosis durchaus nicht; letzterer braucht es mit Erfolg gegen Neuralgien subcutan 3 Pravaz'sche Spritzen voll von einer Lösung von Antifebrin in Wasser aa.

2. Dr. Moritz referirt über die ersten 100 Fälle von Typhus abdom. im Alexanderhospital, die vom 3. September 1884 bis zum 5. October 1887 zur Behandlung kamen — also durchschnittlich 33 Fälle pro anno.

1884 traten ein (in 4 Monaten) 8 Fälle, kein Todesfall,
1885 » » (» 12 ») 30 » mit 4 Todesfallen,
1886 » » (» — ») 25 » » 2 »
1887 » » (» 10 ») 37 » » 5 »

Summa in 38 Monaten 100 Fälle mit 11 Todesfällen.

Dem Alter nach vertheilen sich die 100 Fälle:

Unter 10 Jahren . 1
10—19 » . . . 24 mit 2 Todten,
20—29 » . . . 62 » 6 »
30—39 » . . . 11 » 0 »
40—49 » . . . 1
Ueber 50 » . . . 1.

Der jüngste Pat. war 8 Jahre alt, der älteste 55 Jahre alt — beide genasen.

Der Nationalität nach waren:

64 Deutsche . . . . . . mit 8 Todten,
16 Russen . . . . » 0 »
8 Polen . . . . » 1 »
3 Engländer . . . . . » 1 »
3 Schweden . . . . . » 1 »
2 Finnen . . . . » 0 »
1 Este, 1 Litthauer, 1 Rumäne, 1 Jude mit 0 Todten.

Bei Zusammenstellung der 100 Fälle wurden selbstverständlich *alle* Fälle aufgenommen, mit Ausschluss jedoch der ganz leichten, welche eine Fieberdauer von weniger als 2 Wochen aufweisen, selbst wo die Diagnose eines Ileotyphus durch die Cardinalsymptome (Milz-

schwellung, Roseola, Fieber, Durchfälle) gesichert war. Die Dauer des Fiebers wurde bis zu dem Tage gerechnet, an welchem zuletzt 37,5 erreicht wurde. Darnach ergab sich folgende Uebersicht:

Fieberdauer			
2—3 Wochen	27 Mal	(4 Todte — einmal Tod am 9. Tage)	
3—4 „	29 „	(2 „)	[5 Mal Nachschübe]
4—5 „	21 „	(4 „)	[10 „ „ 1 oder 2 Mal]
5—6 „	11 „	(1 „)	[4 „ „ „ „]
6—7 „	5 „	—	[4 „ „ „ „]
7—8 „	8 „	—	[3 „ „ 2 2-malige]
8—9 „	2 „	—	[2 „ „ 1 2-maliger]
9—10 „	1 „	—	[1 2-maliger Nachschub]
14 „	1 „	—	[1 3 „ „]
	100 Mal	(11 Todte)	[30 Fälle mit wellenförmigem Verlauf].

Unter wellenförmigem Verlauf oder Nachschüben sind sowohl solche Fälle zu verstehen, welche einen kurzen Vor-Typhus von 8—14-tägigem Verlaufe und dann einen längeren und schwereren 2. Schub aufweisen, als auch die eigentlichen Recidive nach mehrtägigem, vollkommen fieberlosem Intervall. Dabei sind die verschiedensten Varianten des Fiebernachlasses zwischen längeren hohen Fieberperioden vorgekommen. Bisweilen sind es nur mehrtägige Temperaturen von 37—38°C., bisweilen aber auch 1—2-wöchentliche Normaltemperaturen von 36,5—37,1. Bisweilen geht der kürzere Schub voraus, bisweilen folgte er nach und nicht selten folgen auf den ersten noch 2 spätere Schübe, einmal sogar 3.

Die 11 Todesfälle waren folgende:

	Jahre alt				Tod am	
1. Student . .	24	mit Complic.		(Pneumonie)	29. Tage	
2. Chemiker .	33	ohne	„	„	14. „	[2. Schub]
3. Bierbrauer	18	„	„	„	28. „	[2. Schub]
4. Lehrer . .	27	„	„	„	21. „	[2. Schub]
5. Kaufmann	38	mit	„	(Pneumonie u. Durchfälle)	34. „	
6. Kaufmann	24	„	„	(Pneumonie)	15. „	
7. Comptoirist	27	ohne	„	„	29. „	
8. Conditor .	22	„	„	„	21. „	
9. Matrose .	23	„	„	„	9. „	
10. Schüler . .	13	mit	„	(Darmblutung)	31. „	
11. Juwelier .	30	„	„	(Pneumonie)	36. „	[2. Schub].

In fast allen Fällen ist die Obduction gemacht worden und wo der Tod einfach durch den Typhusprocess unter Delirien oder Somnolenz mit Herzschwäche bedingt war, wurden intensive Infiltrationen (meist hämorrhagische) der Mesenterialdrüsen constatirt, neben mehr oder weniger starker Darmaffection und Milzschwellung.

Zum Vergleich der Mortalität von 11% mit anderen Hospitälern hat M. diejenigen Spitalberichte herangezogen, die er zufällig unter der Hand hatte. Diejenigen Autoren, die günstigere Zahlen als Beweis für diese oder jene Behandlungsmethode vorführen, wurden als nicht frei vom Verdacht der Parteilichkeit nicht erwähnt.

Die Abdominaltyphus-Sterblichkeit war:

1864	Obuchow-Männerhospital	. . .	25%
1882	Charité „	. . .	22%
1883	„ „	. . .	18%
1884	„ „	. . .	20,6%
1865/75	München „	. . .	13%
1877	Prag „	. . .	11,2%
1878	Wien „	. . .	23,6%
1879	„ „	. . .	20%
1885	Riga „	. . .	15,6%
1871/72	Stuttgart Catharinenhospital	.	17,2%
1872/73	„ „	.	14,0%
1873/74	„ „	.	5,8%

Wenn man von der letzten Ziffer absieht, welche auch nicht frei von Tendenziosität ist (soll den Nutzen von 16° Bädern mit 10 Uebergiessungen beweisen), so steht die Mortalität des Alexanderhospitals für Männer, nämlich 11%, recht günstig da.

2. Dr. Tiling referirt den Krankheitsverlauf Dr. Holst's.

Am 1. Februar begann die Erkrankung mit Frost und Lymphadenitis axillaris links. Die Infection hat wahrscheinlich stattgefunden durch eine Schrunde, die Holst schon lange am linken Mittelfinger hatte, aber von ihm nicht recht beachtet war. Unter allgemeinen septischen Erscheinungen (Benommenheit, trockene Zunge, Erbrechen, Durchfall) zeigten sich Lymphangitis, Lymphadenitis und pseudoerysipelatöse flächenhafte Röthungen, immer ohne scharfe Grenzen, an allen Theilen der linken Oberextremität, an der linken Thoraxhälfte vorn und hinten in steter Progredienz, wenn auch in untypischen Sprüngen, was die Reihenfolge der Localisationen betrifft und mit mehrfachen Remissionen bis zur Fieberlosigkeit. Frühzeitig wurden Incisionen gemacht, wo solche irgend indicirt erschienen, aber nur 2 Mal wurde Eiter entleert (am Rande des Muscul. pect. major und am Aussenrande der linken Scapula), sonst viscide Flüssigkeit mit fibrinösen Flocken.

Vom 11. Februar ab begannen Metastasen: am linken Malleolus int., Parulis am linken Oberkiefer, später im rechten Muscul. tibial. antic., in der rechten Wade, an einem Metatarso-phalangealgelenk links.

Am 16. Februar wird Albuminurie constatirt, Oedeme der Beine, Hydrothorax stellen sich ein, quälende Dyspnoe, Schüttelfröste und unter allgemeiner Erschöpfung erfolgt am Abend des 23. Februar der Tod.

Eine Section fand nicht statt. Schwerlich hätte dieselbe auch mehr Aufklärung geschafft über diesen immerhin vieles Dunkele darbietenden Fall von septischer Infection.

Sitzung am 2. Mai 1888.

1. Dr. Kernig: «Ueber Condurangobehandlung des Magenkrebses». Vom 29. November 1887 bis 24. Januar 1888 lag eine 55jährige Frau im Evangelischen Hospitale. Alle Symptome des Cancer pylori waren da. Für eine Magenresection schien die Pat. zu elend, und wurde sie daher mit einem Gewichtsverlust von 2 Kilo während des einmonatlichen Hospitalaufenthaltes als unheilbar entlassen. So kam sie in K.'s Behandlung. Auch dieser constatirte: Hochgradige Abmagerung, kachectisches Aussehen, schmutzig-gelbe Haut, ein harter, etwas beweglicher Tumor im Epigastrium, etwas rechts von der Mittellinie, Dilatation des Magens, häufiges Erbrechen, die Leber sehr gross, mit grobem Resistenzunterschiede zwischen rechtem und linkem Lappen (also auch hier Krebsablagerungen wahrscheinlich); keine Albuminurie, kein Diabetes. K. verordnete Condurango nach der Friedreich'schen Vorschrift (Cort. Cond. ℥β macera per horas 12 in Aq. ℔j deinde coque usq. ad. rem. ℥VI — 3 Mal täglich 1 Esslöffel voll). Am 16. Februar sah er sie wieder: seit dem Condurangogebrauch war kein Erbrechen gewesen und deutliche Kräftezunahme hatte stattgefunden. Sonst der Zustand unverändert. Am 23. April sah K. sie zum 3. Mal; da war sie kaum wiederzuerkennen: Wesentliche Zunahme der Körperfülle, Aussehen wohl noch gelblich, doch aber mit frischer Farbe untermischt, der Tumor eher grösser als kleiner, aber glatter. Appetit und Verdauung recht befriedigend. Beide Nieren sind wo gehörig zu palpiren, also ist der Tumor jedenfalls keine bewegliche Niere.

K. erinnert an den Erichsen'schen Fall, wo der Tumor unter Condurangobehandlung ganz schwand und eine spätere Section die Narbe in der Magenwand erkennen liess.

Bei der Friedreich'schen Verordnung erhält der Pat. pro die 4 Grm. Neuerdings giebt Riess in Berlin ein ebensolches Macerationsdecoct, aber 10 Grm. pro die, und hat sehr schöne Resultate, nämlich 33,7% Entlassungen.

2. Dr. Petersen zeigt die 5 Finger der linken Hand einer 37-jährigen Arbeiterin. Eine Maschine hatte dieselben vor wenigen Tagen mit den zugehörigen Beuge- und Streckseiten — alle vollzählig — ausgerissen, einige gerade an der Uebergangsstelle vom Muskel zur Sehne, andere im Muskel. Die Sehnen waren 19—27 Ctm. lang. — 1881 sah P. einen ebenso verletzten Daumen mit einer 32 Ctm. langen Sehne.

3. Dr. Kernig demonstrirt ein Herzpräparat. Die Frau, der es entstammt, hatte vor 24 Jahren acuten Gelenkrheumatismus, vor 11 Jahren zuerst Oedem, Dyspnoe, Herzklopfen etc. 3 Mal Schlaganfälle. Im weibl. Obuchowhospital lag sie 3 Mal, seit 7. November 1886 lag sie constant da. Die Diagnose lautete: Stenosis ostii venosi et arteriosi sin. Neben ihr lag zuletzt eine Pat. mit croupöser Pneumonie, die sie pflegen half, bis sie selbst an Pneumonie erkrankte (angesteckt?), und trotz glücklicher Krisis doch nach 2 fieberlosen Tagen am Collaps starb. Section: hochgradige Stenose der Mitralis, so dass die Kuppe des kleinen Fingers gerade noch passirte; die Stenose an den Aortenklappen noch ärger, da passirte die Fingerkuppe garnicht. Endlich auch Stenose und Insufficienz der Tricuspidalklappen. Beide Vorhöfe colossal dilatirt, beide Ventrikel dilatirt, aber wenig hypertrophirt.

Und diese Kranke hatte bis 6 Tage vor ihrem Tode noch Andere gepflegt.

4. Dr. Selenkow: Ein 15-jähriger Tabetiker erlitt auf der Strasse eine Spontanfractur eines Oberschenkelknochens. Seine Bitten um Hülfe wurden von Vorübergehenden nicht beachtet, er musste auf allen Vieren kriechend ein Haus erreichen, wo man ihn endlich aufnahm und in's Obuchowhospital brachte.

Stat. präs.: Mächtige Geschwulst des oberen Drittels und der Glutealgegend rechts, offenbar durch Blutextravasat; die Arter. cruralis wegen der Geschwulst nicht durchzufühlen, verletzt war sie wohl nicht, denn in diesem Falle hätte die Auscultation ein Geräusch geben müssen. Und doch musste die Quelle der Blutung ein grosses Gefäss sein. Die Fractur war deutlich durch die Geschwulst zu fühlen.

Operation. Für alle Fälle wird eine Ligatur lose um die Art. iliaca ext. gelegt. Grosser Schnitt durch die Geschwulst, die nur aus mächtigen Blutcoagulis bestand. In der Höhle lagen die Art. femoral. 8 Ctm., die profunda 5 Ctm. lang frei präparirt da, beide heil, gut pulsirend. Aber die Vena profunda zeigte einen 1½ Ctm. langen Schlitz durch ein scharfes Knochenfragment (wohl während des Kriechens geschehen). Resection der spitzen Knochenfracturenden. Corticalis sehr verdickt. Spongiosa rareficirt.

Wundverlauf gut, nur wegen Blasenincontinenz häufige Verbandwechsel. Plötzlich starke arterielle Blutung. Fast momentan wurden die Art. iliaca unterbunden und Kochsalztransfusionen gemacht. Der erste Choc wurde überstanden, aber es trat Gangrän des ganzen Beines ein und Tod. In der Wand der Art. femor. ein Loch durch Druck. Gangrän vielleicht in Folge der unglücklichen Lage eines Drainrohres.

z. Z. Director: Dr. Lingen.
Secretär: Dr. Masing.

Vermischtes.

— *Se. Majestät der Kaiser* hat die Sammlung von Beiträgen zum Besten des in Berlin projectirten *Langenbeck-Hauses* unter den Militärärzten Russlands genehmigt.

— Der *ständige ärztliche Club St. Petersburgs* tritt in nächster Zeit in's Leben. Die Statuten desselben sind bereits obrigkeitlich bestätigt und auch das Local — es ist das Local des früheren Künstlerclubs, Troizki-Pereulok № 15 — ist von dem Organisations-Comité, welches aus den DDr. Batalin, Afanassjew, Majew, Smolski und J. Tarnowski besteht, bereits gemiethet worden, so dass der Club voraussichtlich spätestens den 1. November eröffnet werden kann. Nach den Statuten kann jeder, der das Arztdiplom besitzt, Mitglied des Clubs werden. Personen, welche nicht zum ärztlichen Stande gehören, können als Jahres-Besucher aufgenommen werden oder als Gäste den Club besuchen. Die Aufnahme zur Mitgliedschaft geschieht auf Vorschlag eines oder mehrerer Mitglieder durch Ballottement mit einfacher Stimmenmehrheit. Die Jahresbesucher werden auf Empfehlung von 3 Mitgliedern ohne Ballottement aufgenommen und die Gäste werden auf Empfehlung eines Mitgliedes zugelassen. Der Mitgliedsbeitrag ist im Ganzen hoch bemessen, nämlich 35 Rbl. jährlich und 15 Rbl. einmalig als Einschreibegeld. Die von den Jahresbesuchern und den Gästen zu leistende Zahlung wird von der Generalversammlung bestimmt werden. Für die Benutzung der Bibliothek und des Laboratoriums sind 5 Rbl. extra zu zahlen. Das Clublocal ist täglich mit Ausnahme der 3 letzten Tage der Charwoche, des Ostersonntags und des 24. December geöffnet. Der Vorstand besteht aus 14 Mitgliedern, welche von der Generalversammlung auf ein Jahr gewählt werden. Die Mittel des Clubs werden durch die Mitgliedsbeiträge, die Zahlungen der Jahresbesucher und Gäste, die Einnahmen von Spielen, Vergnügungen, öffentlichen Vorlesungen sowie durch die Strafgelder beschafft.

— Das Organisations-Comité des in St. Petersburg im Januar 1889 stattfindenden III. Congresses russ. Aerzte beabsichtigt für denselben eine «medicinische Ausstellung» im Sommergebäude des Gebärhauses (Nadeshdinskaja № 3) zu veranstalten und fordert zur Einsendung von geeigneten Gegenständen auf. — Da die Ausstellung vor Beginn des Congresses eröffnet werden soll, findet die Annahme von Ausstellungsgegenständen vom 15. Nov. bis 15. Dec. statt; später eingesandte können nur im Falle freigebliebenen Raumes Aufnahme finden. Die auszustellenden Gegenstände sind auf Kosten der Exponenten in's Ausstellungslocal und zurück zu schaffen; in letzterem stehen sie unter Aufsicht des Comités. Besondere Gruppirung oder Ausschmückung geschieht auf Kosten des Ausstellers. Etwaige Anfragen sind bis zum 1. Oct. a. c. zu richten an J. M. Tarnowski (Nadeshdinskaja 3), später an die Verwaltenden der einzelnen Sectionen, aus denen unter Vorsitz von A. P. Dobrosslawin und P. P. Ssuschtschinski das Ausstellungscomité besteht. Es sind für: 1. Hygiene — A. P. Dobrosslawin (Mil.-Med. Acad.). 2. Hospitäler — N. P. Wassiljew (Nikolajewskaja 43). 3. Therapie — N. J. Ssokolow (Nadeshdinskaja 14). 4. Chirurgie, Geburtshülfe und Gynäkologie — E. W. Pawlow (Ligowka 51) und J. M. Tarnowski (Nadeshdinskaja 3). 5. Anatomie, Anthropologie und Physiologie — A. J. Tarenezki (Wib. S., Ssimbirskaja 55) und J. R. Tarchan-Maurawow (Sajeshinskaja 32). 6. Patholog. Anatomie und Histologie — N. P. Iwanowski (Maneshnij-Per. 7) und E. K. Brandt (Twerskaja 13). 7. Bacteriologie — M. J. Afanassjew (Ssergijewskaja 13). 8. Medicin. Hydrologie und Klimatologie — P. P. Ssuschtschinski (Snamenskaja, Haus Jegorow). 9. Pharmacie — A. W. Pöhl (Wass.-Ostr., 7. Lin. 18).

— *Verstorben*: 1) Geheimrath Dr. med. Alexander Zagorski, Prof. emer. der Physiologie an der med. chirurg. Academie, Prof. der gerichtlichen Medicin an der Rechtsschule, am 24. Sept. zu St. Petersburg im 81. Lebensjahre. Geboren 1807 in Petersburg, wo sein Vater Professor der Anatomie war, widmete er sich 1823 dem Studium der Mathematik an der St. Petersburger Universität, erwarb 1827 den Grad eines Cand. math. und wurde 1828 behufs weiterer Ausbildung nach Dorpat geschickt. Dort studirte er Medicin, erwarb sich die grosse silberne Preismedaille, promovirte 1833 zum Dr. med. und wurde gleich darauf Conservator des anat. und zoolog. Cabinets der Academie der Wissenschaften, welchen Posten er bis 1845 bekleidete. Gleichzeitig war er von 1833 bis 1834 ausseretatmässiger Ordinator des Marien-Magdalenen-Hospitals und von 1835—1836 Arzt am Marien-Institut und am Findelhause. Seit 1835 Professor-Adjunct, wurde Zagorski 1838 Professor der Physiologie und Pathologie an der med. chirurg. Academie und verstand es als solcher sich die Verehrung u. Liebe seiner Zuhörer in ungewöhnlichem Grade zu erwerben; zu den letzteren gehörten neben anderen ausgezeichnet tüchtigen Männern die späteren Proff. Eck, Zdekauer und Eichwaldt. 1841 wurde Zagorski berathendes Mitglied und gelehrter Secretär des Medicinalconseils, 1846 Professor der gerichtlichen Medicin an der Rechtsschule. — Ausgezeichnet auf den verschiedenen Gebieten seiner Thätigkeit, war er als Mensch schlicht, bescheiden und von grosser Herzensgüte, wodurch er sich die allgemeine Liebe erwarb. Ein Feind jeder Ovation und Demonstration wich er derselben stets aus und beging demgemäss auch sein 50-jähriges Doctorjubiläum im engsten Familienkreise auf seinem Gute. Seinen Freunden war er ein treuer Freund. Sein freundliches Gemüth und aufopferndes Wesen hat er redlich bekundet durch die Ausdauer, mit welcher er über ein Vierteljahrhundert als Verwalter der Mariencasse im Interesse der Wittwen der Collegen wirkte. — Zagorski war Mitglied, später Ehrenmitglied des Vereins deutscher Aerzte, zu dessen regelmässigsten und angeregtesten Besuchern er gehörte; ferner Mitglied des Pirogow'schen med. Vereins, dem er von 1844 angehörte und den er bis zuletzt besuchte. 2) Der ältere Arzt des 26. Dragonerregiments J. Konstantinow an Herzparalyse. 3) In Kursk der freipракticirende Arzt Grigoropulo nach kurzer Krankheit. 4) In Tiflis der dortige Stadtarzt K. S. Bachutow. 5) In Madeira Dr. P. Langerhans an der Lungenschwindsucht. 6) In Wien der ehemalige Professor der Medicin an der Budapester Universität, Dr. F. Linzbauer, im 81. Lebensjahre.

— Als Professor des nach dem Abgang Prof. Schultze's erledigten Lehrstuhls der medicinischen Klinik an der Dorpater Universität ist Prof. Dr. Unverricht in Jena in Aussicht genommen.

— Der bekannte Wiener Laryngolog, Prof. Dr. Ritter von Schrötter, welcher bekanntlich während der Krankheit des verstorbenen Kaisers *Friedrich* zur Consultation in San-Remo hinzugezogen wurde und, übereinstimmend mit den übrigen deutschen Aerzten, die Diagnose auf «Kehlkopfkrebs» stellte, ist vom deutschen Kaiser Wilhelm II. während dessen letzten Aufenthalts in Wien empfangen und mit dem preussischen Rothen Adler-Orden II. Classe ausgezeichnet worden.

— In Paris ist soeben im Verlage von *W. Hinrichsen* eine autorisirte *französische Uebersetzung der von den deutschen Aerzten veröffentlichten Krankheitsgeschichte Kaiser Friedrich's* erschienen. Die Uebersetzung stammt von dem bekannten Pariser Laryngologen Dr. Luc, welcher in seiner Vorrede gegen Mackenzie Partei nimmt. Da auch eine französische Uebersetzung der Mackenzie'schen Entgegnung angekündigt ist, so kommt die von den deutschen Aerzten verfasste Krankheitsgeschichte zur gelegenen Zeit auf den französischen Büchermarkt, um dem französischen Publicum, das sich in Folge der vielfach entstellten und unwahren Berichte der Pariser Zeitungen einen ganz verkehrten Begriff von der Krankheit und Behandlung Kaiser *Friedrich's* gemacht hat, zu einem richtigen Urtheil zu verhelfen. (A. m. C.-Ztg.).

— Wie unsere Leser aus den politischen Tagesblättern wissen, ist die langerwartete Vertheidigungsschrift Mackenzie's in englischer Sprache erschienen; die deutsche Ausgabe wurde kurz vor dem Erscheinen auf Anordnung der Staatsanwaltschaft mit Beschlag belegt. — Soweit sich nach dem von allen Blättern gebrachten Auszuge aus der Broschüre urtheilen lässt, sucht sich Mackenzie dadurch zu vertheidigen, dass er seine deutschen Gegner verunglimpft und ihnen alles mögliche Schlimme insinuirt; ein Modus der Vertheidigung, der gerade kein günstiges Licht auf den «Angeklagten» wirft. Wir unterlassen es auf die einzelnen Behauptungen Mackenzie's einzugehen, so leicht es wäre manche derselben als perfide Entstellungen zu kennzeichnen, und wollen hier nur den einen wesentlichen Punct hervorheben, dass der «berühmte englische Laryngologe» selbst eingestehen muss, im Anfange eine falsche Diagnose gestellt zu haben, gegenüber den damals schon für die Krebsdiagnose entschiedenen deutschen Aerzten. Wenn unter solchen Umständen auch einem Unerfahreneren ein Irrthum schwer hätte passiren dürfen, so kann ein solcher doch keinem Arzte als Schuld angerechnet werden. Gegen die schwere Anklage aber, dass er in völliger Nichtachtung der Meinung seiner Collegen (die in der Broschüre einzeln als ganz incompetent in dieser Sache dargestellt werden) die Behandlung nur nach seiner Diagnose geleitet und trotz des Wachsens der Geschwulst gegen die Abmachung so lange fortgeführt, bis eine rettende Operation unmöglich geworden, hat Mackenzie in seiner Vertheidigung nichts anzuführen. Dieser Punct wird leicht übergangen und doch dreht sich die Schuldfrage für den Arzt nur um ihn. Zur Rechtfertigung Mackenzie's trägt seine Vertheidigungsschrift daher nichts bei und es bleibt einem Jeden überlassen, ob er den tragischen Ausgang der Krankheit des unglücklichen Kaisers der Unkenntniss, dem hochmüthigen Eigendünkel und Eigensinn seines Arztes oder schlimmeren Intentionen desselben zuschreiben will.

— Das hiesige am Englischen Prospect belegene *städtische Alexandrahospital für Ausschlagskrankheiten* wird in seiner jetzigen Gestalt nächstens wohl eingehen. Das Stadtamt und die städtische Hospitalcommission haben in einer gemeinschaftlichen Sitzung nämlich beschlossen der Duma den Vorschlag zu machen, beregtes Ausschlagshospital aufzuheben, da das Gebäude, in welchem dasselbe sich gegenwärtig befindet, seinem Zwecke nicht entspreche und ein Umbau desselben sich nicht verlohne. Dagegen empfiehlt diese Commission ein neues Hospital für Ausschlagskrankheiten nach dem Barackensystem in der Nähe des städt. Alexander-Barackenlazareths zu erbauen und dasselbe (statt der jetzigen 60 Betten) mit 120 Betten (je 60 Betten für Männer und für Frauen) zu versehen. Die Baukosten für das neue Hospital sind auf 126,000 Rbl. veranschlagt.

— Der «Wratsch» ist durch den Cassirer Dr. A. W. Popow in die Lage versetzt, nachstehende *Daten über die medicinische Haupt-Unterstützungscasse für die Zeit vom 14. April bis zum 21. September 1888* bringen zu können: *Eingeflossen* sind: an Jahres-Mitgliedsbeiträgen à 10 Rbl. 2500 Rbl. und 1 Beitrag zu 50 Rbl.; 3 lebenslängliche Beiträge von je 200 Rbl.; Spenden zum Besten der Casse 231 Rbl. 50 Kop. und zum Besten des auf den Namen des Prof. J. A. Tschistowitsch gestifteten Capitals 213 Rbl.; an Zinsen vom Capital der Casse 3056 Rbl. 70 Kop; für eine

der Ziehung ausgelooste Obligation 100 Rbl.; an angekauften Werthpapieren 1000 Rbl., so dass die Einnahmen sich in baarem Gelde 6751 Rbl. 20 Kop. und in zinstragenden Papieren auf 1000 Rbl. beliefen. Ausserdem sind in der besonderen Abtheilung für weibliche Aerzte 10 Mitgliedsbeiträge à 10 Rbl. in Einnahme gekommen. In *Ausgabe* sind gekommen: an gezahlten Pensionen und Unterstützungen 4372 Rbl. 46 Kop.; 65 Rbl. zu Kanzelleiausgaben; 7 Rbl. 80 Kop. für die Aufbewahrung und Versicherung der Werthpapiere; eine Obligation der Odessaer städtischen Credit-Gesellschaft im Betrage von 100 Rbl., welche zur Ausloosung gelangte, so dass im Ganzen 4445 Rbl. 26 Kop. in baarem Gelde und 100 Rbl. in Werthpapieren verausgabt sind. *Vom 1. Januar bis zum 21. September d. J.* sind im Ganzen in die Casse geflossen 14,450 Rbl. 33 Kop. in baarem Gelde und 128,800 Rbl. in zinstragenden Papieren, sowie 300 Rbl. in die Abtheilung für weibliche Aerzte, — verausgabt dagegen in dieser Zeit 12,053 Rbl. 25 Kop. in baarem Gelde und 1700 Rbl. in zinstragenden Papieren. — *Zum 22. September 1888* verblieb ein Cassenbestand von 2397 Rbl. 8 Kop. in baarem Gelde und von 125,100 Rbl. in zinstragenden Papieren, ausserdem in der Abtheilung für weibliche Aerzte 200 Rbl.

— Ein Feldscheer S. Naroshny hat der medicinischen Unterstützungscasse zum Besten des auf den Namen des Prof. Tschistowitsch bei dieser Casse gestifteten Capitals 46 Rbl. testamentarisch vermacht, welche durch den Landschaftsarzt Dr. Prichodko, in dessen Bezirk derselbe diente, vor Kurzem der Casse zugestellt worden sind. (Wr.).

— Ausser dem Dr. Huchard, dessen wir bereits in № 39 Erwähnung gethan haben, hat die französische Regierung noch die Chirurgen Dr. Schwartz, Dr. Lesgillons und den Syphilidologen Dr. Mauriac, Redacteur des «Journal de médecine de Bordeaux» abdelegirt, um die Hospitaleinrichtungen und den Stand des medicinischen Unterrichts in Russland kennen zu lernen. Wie Moskauer Blätter melden, sind dieselben in Moskau bereits eingetroffen.

— Die *Vorlesungen an der neugegründeten Universität Tomsk haben* am 1. September begonnen. *Die Zahl der Studirenden* betrug an diesem Tage 69.

— Die *Zahl der weiblichen Studirenden an der Pariser Universität* beläuft sich in diesem Lehrjahre auf 114. Das grösste Contingent liefern die Russinnen, nämlich 90, die übrigen Nationen sind schwach vertreten und zwar nur durch 12 Französinnen, 8 Engländerinnen und je eine Amerikanerin, Oesterreicherin, Griechin und Türkin.

— Der Leibarzt des verstorbenen Kaisers Wilhelm und Generalstabsarzt der preussischen Armee, Prof. Dr. Lauer, beging am 10. October n. St. seinen 80. Geburtstag in Potsdam. Da derselbe seit Monaten leidend ist, so musste von einer Feier dieses Tages abgesehen werden.

— In der psychiatrischen Abtheilung des Stadthospitals in Odessa ist ein Kranker in Folge erlittener Schläge gestorben, was auch durch die Obduction erwiesen ist. Die schuldigen Wärter sind dem Gericht übergeben.

— *Baron Wrewski*, welcher hier nach wie vor ungestört die Curpfuscherei betreibt, ist, wie die «Now. Wremja» berichtet, in diesem Sommer auf der Insel Oesel gewesen, um auch die dortigen Leprakranken der wunderthätigen Wirkung seiner Heilmittel theilhaftig werden zu lassen. Nachdem er nun ein lepröses Mädchen dort ausfindig gemacht, hat er dasselbe mit seinem Heilwasser begossen und dem örtlichen Lehrer die Weiterbehandlung überlassen, zu welchem Zweck er ihm mehrere Schachteln mit seinen Oblaten eingehändigt hat. *Baron Wrewski* soll dort die Ueberzeugung ausgesprochen haben, dass es nach Anwendung seiner Heilmittel in Oesel bald keine Leprakranke geben werde! ?

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 2. October d. J. 5091 (69 mehr als in der Vorwoche), darunter 232 Typhus- (5 weniger), 493 Syphilis- (9 mehr), 41 Scharlach- (1 mehr), 10 Masern- (7 weniger), 13 Diphtherie- (2 weniger) und 1 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

— Die italienischen Aerzte haben nach deutschem Muster einen Congress für innere Medicin organisirt. Der erste Congress hat bereits vom 15.—18. October n. St. in Rom stattgefunden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 25. Septbr. bis 1. Octbr. 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
220	195	415	59	29	69	14	2	9	47	40	35	51	28	29	3	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 11, Diphtherie 5, Croup 4, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 7, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 21, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 53, Todtgeborene 20.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	16.—22. Sept.	2463	29,9	—	1298	15,8
Paris	2 260 945	16.—22. Sept.	1166	26,8	68	838	19,3
Brüssel	181 270	9.—15. Sept.	108	30,9	2	74	21,3
Stockholm	221 549	9.—15. Sept.	132	30,9	7	67	15,7
Kopenhagen	300 000	19.—25. Sept.	193	33,4	1	137	23,7
Berlin	1 414 980	16.—22. Sept.	846	31,1	39	593	21,8
Wien	800 889	16.—22. Sept.	489	31,7	19	312	20,3
Pest	442 787	9.—15. Sept.	295	34,6	22	242	28,4
Warschau	444 814	16 —22. Sept.	260	30,4	26	248	28,9
Odessa	268 000	16.—22. Sept.	—	—	6	143	28,7
St. Petersburg	861 303	23.—29. Sept.	474	28,6	19	385	23,3

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. October 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. October 1888.

Tagesordnung: Dr. Werner: Ueber Neurasthenie. — Herr B. Kolbe: Einige Grunderscheinungen der Electricität (mit Demonstrationen).

Дозв. ценз. Спб. 7. Октября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. №12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 42. St. Petersburg, 15. (27.) October 1888.

43 Fälle von in St. Petersburg beobachteter Lepra.

Von

Dr. O. Petersen.

«Einige Krankheiten haben das Schicksal, dass man von ihnen wenig erfährt, und man daher zu glauben veranlasst wird, dass sie in manchen Ländern garnicht vorkommen und nur gewissen Gegenden angehören. So verhält es sich vor Allem mit der Lepra». Mit diesen Worten begann Dr. G. Blossfeld [1]) in Riga vor 52 Jahren seine Arbeit über die Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Seitdem ist ein halbes Jahrhundert vergangen und doch haben diese Worte in Bezug auf Petersburg ihre volle Bedeutung behalten. Wahrscheinlich wird es vielen Collegen merkwürdig erscheinen, dass in St. Petersburg, unserer Hauptstadt, eine Arbeit über Lepra erscheint. Sind wir doch gewohnt zu glauben, die Lepra habe vornehmlich historisches Interesse und sei eine Krankheit, die einst Europa verheert und im Alterthum in Palästina geherrscht hätte, darauf aber verschwunden sei. Wir wissen freilich, dass sie noch heut zu Tage in Norwegen, ferner im Süden Russlands und im Ostseegebiet vorkommt, doch sehen wir diese Fälle als Reste einer aussterbenden Krankheit an, die keinerlei praktisches Interesse mehr bietet. Und doch zeigen die Arbeiten von Prof. G. N. Münch in Kiew und die unter der Leitung des Prof. E. von Wahl geschriebenen Dissertationen, dass die Zahl der Leprösen sowohl in Süd-Russland, wie in den baltischen Provinzen eine recht bedeutende ist. Dass in St. Petersburg Fälle von Lepra beobachtet worden, habe ich nirgends in unserer Literatur verzeichnet gefunden.

Die Lepraliteratur in Russland (wir haben über 40 Arbeiten, von denen 21 sich auf die baltischen Provinzen, 24 sich auf das übrige Russland beziehen) zeigt uns, dass die Krankheit schon im XIII. Jahrhundert bei uns bekannt war. Im Jahre 1240 existirte auf der Insel Oesel, in Reval schon anno 1237 eine Leproserie. Zu der Zeit gab es in Livland über 100 Häuser für Lepröse. Bis zum XVI. Jahrhundert nahm die Krankheit so weit ab, dass die Leproserien eine nach der anderen geschlossen wurden. Darauf folgt eine Zeit, in der von Lepra nichts bekannt ist und erst im Anfange unseres Jahrhunderts begegnet man wiederum Angaben über Lepra in Livland, vornehmlich Dank den Arbeiten des Prof. Struve [2]). Unter seiner Leitung erschienen mehrere diesbezügliche Dissertationen, so von Brandt (1825), Albrecht (1825) und Brehm (1826). In dieselbe Zeit fällt auch die obenerwähnte Arbeit Blossfeld's, doch können wir von seinen 10 Fällen nur einen als wirkliche Lepra anerkennen, da sowohl er wie Struve auch andere Hautaffectionen (Psoriasis) als Lepra ansahen. Nach Struve's Tode wurde über Lepra fast garnicht geschrieben, bis zum Jahre 1867, wo Prof. Wachsmuth [3]) seine gediegene Arbeit veröffentlichte. Bald darauf (1869) erschien Prof. Ernst v. Bergmann's [4]) Arbeit: «Ueber die Lepra Livlands», in welcher er 14 Fälle beschrieb. Darauf folgt wieder eine Zeit des Schweigens und jetzt endlich, Dank der Energie des Prof. v. Wahl wird die Leprafrage in den baltischen Provinzen eingehend bearbeitet (Dissertationen von Wellberg (1884), Paulson (1886) und Hellat (1887). Hellat's Arbeit beansprucht insofern besonderes Interesse, als er einen grossen Theil Livlands bereist und die Kranken in ihren Wohnsitzen aufgesucht hat. Seine Resultate sind erschreckend: in allen drei baltischen Gouvernements fand er 378 Lepröse (allein auf Livland entfallen hiervon 276; nach officiellem Bericht des Medicinalinspectors sollten nur 108 existiren). Wahrscheinlich ist die Zahl dieser Kranken eine noch viel grössere, so hat z. B. Chomse [5]) in Mitau im Laufe von 18 Jahren circa 30 Fälle beobachtet.

Aus diesen flüchtig wiedergegebenen Daten sehen wir, dass für das Ostseegebiet die Frage schon ziemlich gründlich bearbeitet ist. In Betreff des übrigen Russlands sind die Angaben recht spärlich, obgleich schon in der Literatur des

[1]) Hufeland's Journal für prakt. Heilkunde. 1836, Band V pag. 103—118.

[2]) Beschreibung der vorzüglichsten von mir beobachteten Formen des Aussatzes. (Rust's Magazin für prakt. Heilkunde. 1826, Bd. 21).

[3]) Archiv für klinische Medicin. 1867, Bd. 3.

[4]) St. Petersburger med. Zeitschrift 1869.

[5]) Ein Beitrag zur Casuistik der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands, speciell Kurlands. Mitau 1887. Verlag von V. Felsko.

vorigen Jahrhunderts (Gmelin[6]) 1784 und Falk[7]) 1785) von Lepra im Süden Russlands gesprochen wird, ebenso wie im Anfang dieses Jahrhunderts (Pallas 1801 und Martius 1819). Martius[8]) bezeichnet sie als «Krimsche Krankheit». Aus der Geschichte der Medicin Russlands von Richter erfahren wir, dass schon im XV. Jahrhundert Fälle von Lepra in Russland aufgetreten sein sollen (in wie weit dies der Wahrheit entspricht, ist eine Frage, da ja selbst Struve 1825 noch nicht fest in ihrer Diagnose war).

Als die ersten Arbeiten über Lepra im übrigen Russland kann man die Arbeiten Plachow's (1841), Inosemzew's[9]) (1844) und Kretel's[10]) (1846) ansehen. Dann folgt ein Bericht von Krassnogljadow in der Gesellschaft russischer Aerzte (Protokolle 1860—61) nebst Bemerkungen von Nikolski und Tschistowitsch (ibid.). Im Jahre 1863 erschien von Dr. Sperk eine Arbeit über das nordöstliche Sibirien, in welcher er auch der dortigen Lepra Erwähnung thut (Wojenno-medicinsk. Journal 1863, Nov. und Dec.). 1869 vertheidigte Dr. Koslowsky seine Inaugural-Dissertation über die Lepra im Terek-Gebiet. Koslowsky ist der Erste, der grössere Zahlen giebt. Er spricht von 95 Kranken, beschreibt jedoch genauer nur 32; als Beilage giebt er recht gute farbige Zeichnungen von Leprösen. Nach ihm hören wir lange nichts von Lepra, bis Prof. Münch für die Frage Interesse gewann, als er zufällig während einer Rundreise durch die verpestete Wolgagegend, nach der bekannten Wetljankaepidemie, einige Lepröse zu Gesicht bekam. Von 1880 bis 1888 hat er wiederholt zur Entdeckung der Leprösen Forschungsreisen gemacht. So viel wir aus dem erschienenen ersten Bande von Prof. Münch's Arbeit ersehen können, giebt er die Beschreibung von 313 Leprösen, die er an dem südlichen Theil der Wolga, im Don-Gebiet, im Kaukasus, in Turkestan und Samarkand gefunden. Doch ist ihre Zahl im Süden Russlands viel grösser; so fand er im Astrachanschen Gouvernement allein 89, in der Alexandrin'schen Stanitza 17 und so fort (leider ist die Arbeit Prof. Münch's noch nicht beendet, doch verspricht sie viele interessante Daten und wird offenbar zu dem Besten gehören, was bisher über Lepra-Ausbreitung geschrieben).

Wenden wir uns jetzt nach diesen Vorbemerkungen zu den officiellen Daten. In den Berichten des medicinischen Departements des Ministeriums des Innern finden wir für die letzten Jahre Folgendes:

Im *Bericht über* 1882 (pag. 357) ist erwähnt, dass Lepra angetroffen wurde im:

Astrachanschen Gouvernement	22 Fälle
Jekaterinoslawschen »	1 Fall
Jakutskischen »	«kommen Fälle vor».

Der *Bericht für* 1883 giebt im Ganzen 30 Fälle (8 gestorben).

Der *Bericht pro* 1884: Aus folgenden 6 Gouvernements sind Daten eingelaufen:

Gouvernement Astrachan .	11 Fälle (3 gestorben),
» Wolhynien	1 Fall.
» Kurland .	6 Fälle (6 gestorben),
» Pskow . .	1 Fall,
» Charkow .	2 Fälle,
» Estland . .	16 » (4 gestorben),

im Ganzen 37 Fälle (13 gestorben) von denen 21 in Hospitälern behandelt worden.

Im *Bericht für* 1885 ist gesagt, dass Beobachtungen nur aus dem Astrachan'schen Gouvernement vorliegen; es wurden dort 62 Kranke (8 Todte) und im Ufergebiet des stillen Oceans 19 Kranke (2 Todte), im Ganzen 81 Kranke (10 Todte) verzeichnet. Mithin haben wir laut officiellen Berichten im Laufe von 4 Jahren 171 Kranke; nach den von mir gesammelten Daten habe ich für die letzten Jahre 803 *Fälle gefunden*, doch ist ihre Zahl wahrscheinlich noch viel grösser, was ja auch Münch, von Wahl u. A. m. behaupten. Der Widerspruch mit den officiellen Berichten ist sehr erklärlich: denn erstens ist es sehr schwer, alle Kranken bei officiellen Reisen aufzufinden, da sie Bedrückungen befürchtend sich verborgen halten (Münch, Hellat). So erzählt Münch, dass die Leprösen, die er in einem Kischlak-Machan (Lepra-Dorf) photographiren wollte, ihn baten, mit dem Gesicht nach Westen stehen zu dürfen, da sie ihren Tod erwarteten.

Zweitens werden die officiellen Berichte auf Grund der Daten zusammengestellt, die die Gouvernements-Medicinalinspectore einsenden, die ihrerseits ihre Berichte von den Kreisärzten beziehen. Letztere betrachten dieselben oft nur als Formalität und verfassen sie daher als Kanzelleibericht. Zudem finden wir noch, dass in jedem Jahresbericht ein Theil der Nachrichten fehlt und gesagt ist, dieselben seien nicht eingesandt worden. Solange wir nicht einen anderen Modus der Zusammenstellung medicinisch-statistischer Daten gefunden haben, können wir keine verwendbare Statistik der Krankheiten in officiellen Berichten erwarten.

Kehren wir nun nach diesen allgemeinen Bemerkungen zu meiner eigenen Arbeit zurück. Noch als Student habe ich in der Dorpater chirurgischen Klinik Prof. v. Bergmann's die dort nicht gerade seltenen Fälle von Lepra genauer studiren können. Als ich nach St. Petersburg übersiedelte, hatte ich keinen Begriff davon, dass man hier auch Lepra sehen könne. Zufällig erfuhr ich, dass im Kalinkinhospital zuweilen solche Kranke vorkommen, in den letzten 10 Jahren habe ich aber in der venerischen Abtheilung des Alexanderhospitals (zum Gedächtniss an den 19. Febr 1861 gegründet), in welche auch nicht wenig Hautkranke eintreten, nicht einen Fall von Lepra gesehen. Im Jahre 1885 sah ich einen Leprafall im Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, in der Abtheilung Prof. N. D. Monastyrski's, hielt es jedoch für einen Zufall und eine grosse Seltenheit.

Im April 1887 wandte sich an mich eine eben erst aus Riga angereiste Frau (W. Grimm), die sich dort mit der Pflege von Wöchnerinnen beschäftigt, sie klagte über Schmerzen in Armen und Beinen. Trotz genauer Untersuchung der Extremitäten konnte ich nichts finden und musste ihrer Annahme, es seien rheumatische Schmerzen, zustimmen. Darauf verlor ich sie aus den Augen und sah sie erst im September, als sie sich mit der Klage über Ausschlag an den Vorderarmen an mich wandte. Schon beim ersten Blick konnte man sich nicht täuschen, das waren die deutlichen Anzeichen beginnender Lepra und bald darauf traten auch Knoten an den unteren Extremitäten, dann im Gesicht, auf der Brust, dem Unterleib und Rücken auf. Ich habe die Kranke im Klinischen Institut meinen Zuhörern und in dem «Verein St. Petersburger Aerzte» vorgestellt. Die Zahl der Knoten vermehrte sich ziemlich rasch und erst unter der Anwendung von salicylsaurem Natron begannen sie an Zahl abzunehmen und abzublassen; leider reiste Pat. im Beginne des Mai 1888 wieder nach Riga zurück.

Im November 1887 bat mich mein Hospitalcollege Dr. Katzenelson, gemeinsam mit ihm eine Kranke, die kürzlich aus dem Kownoschen Gouvernement angereist, und die schon mehrere Monate angeblich gegen Lues behandelt worden, bei der jedoch die Cur keine Besserung bewirkt hätte, anzusehen. (Meine erste Kranke war auch in einem der hiesigen städtischen Ambulatorien auf Syphilis behandelt worden, wonach der Ausschlag bedeutend zugenommen haben soll). Die rothbraunen Knoten von Erbsengrösse an den Vorderarmen boten auf den ersten Anblick das Bild eines Lichen ruber, nachdem wir jedoch die Pat. im klini-

[6]) Reise durch Russland. Bd. I, pag. 171.

[7]) Beiträge zur topogr. Kenntniss des russ. Reiches. Theil I, pag. 176.

[8]) Abhandlung über die Krimsche Krankheit. Freiburg 1819, pag. 7.

[9]) Med. Zeitung Russlands. 1844, № 6.

[10]) Ibid. 1846, № 38 und 39.

schen Institut placirt und einen Knoten der mikroskopischen Untersuchung (Dr. Orlow's) unterzogen, zeigte sich die Anwesenheit deutlicher Leprastäbchen. Im December reiste Pat. nach Kowno zurück.

Im August 1887 hatte Prof. Eichwald die Freundlichkeit, mir gleichfalls einen Leprafall (Lehrer L., der späterhin in der Klinik Prof. Polotebnow's lag) im klinischen Institut zu zeigen.

Somit hatte ich in verhältnissmässig kurzer Zeit 3 Fälle von Lepra gesehen, was mich auf den Gedanken brachte, das einschlägige Material zu sammeln, um das Factum festzustellen, dass alljährlich in Petersburg Leprafälle vorkommen (da mir in der Literatur derartige Angaben zu finden nicht möglich gewesen), und zweitens zu eruiren, welchen Ursprunges diese Fälle sind, d. h, ob wir es nur mit Angereisten zu thun haben (und von woher solche kommen) oder ob Fälle constatirt werden können, wo die Leprösen ihre Krankheit in St. Petersburg selbst bekommen haben.

Die Meinung, dass die Lepra angeboren, d. h. Erblichkeit eine Rolle spiele, muss nach den Daten, die sowohl Hellat, als besonders Prof. Münch liefert, verworfen werden. Von 50 männlichen Kranken (der Reihe nach aus Münch's Arbeit entnommen) fand ich nur 2 mit der Bemerkung: «Genitalien gesund»; bei 32 war vermerkt Atrophie der Testes oder Epididymis. Von diesen 50 waren nur 15 verheirathet, 8 hatten Kinder und nur 2 je ein lepröses Kind; dabei war in einem dieser Fälle das Kind früher als der Vater an Lepra erkrankt. Da ich nicht das Recht habe das ganze Material Prof. Münch's zu verwenden, so nahm ich nur 50 Fälle. Er wird uns bei der allgemeinen Bearbeitung seines reichen Materials natürlich viel genauere Auskunft geben, doch zeigen auch diese wenigen Daten die Unhaltbarkeit der Erblichkeitstheorie. In Betreff der Uebertragung will ich nur hinzufügen, dass Prof. Münch ein nicht geringes Material bietet, das für dieselbe spricht.

In der Absicht, das Material für St. Petersburg zu sammeln, wandte ich mich an den verehrten Herrn Prof. Polotebnow, der mir mit grösster Liebenswürdigkeit sowohl sein klinisches Material, als auch das der Ambulanz, im Ganzen *18 Fälle*, zur Verfügung stellte. Ferner hatte ich die Möglichkeit, Dank der Liebenswürdigkeit meines geehrten Collegen Dr. E. F. Sperk, die statistischen Karten des Kalinkin-Frauenhospitals durchzusehen, wo ich 20 *Fälle* fand. In der letzten Zeit sandte mir noch der geehrte College Dr. Smigrodsky einen Fall von Fleckenlepra aus der Ambulanz der Schwesterschaft des hl. Georgs. Ich erachte es für meine angenehme Pflicht, den verehrten Collegen, Herrn Prof. Polotebnow und den DDr. Sperk und Smigrodsky an dieser Stelle für die Freundlichkeit zu danken, durch welche sie mich in den Stand gesetzt haben, in einigen Monaten ein so werthvolles Material zur Leprafrage in St. Petersburg zu sammeln.

Ich füge hier eine Tabelle bei, in welcher kurze Daten über die 43 von mir gesammelten Fälle enthalten sind, wobei ich die klinische Seite der Frage unberücksichtigt gelassen (wir hoffen die Bearbeitung dieser Seite bald von den Collegen des Kalinkinhospitals im Druck erscheinen zu sehen), da mich ja nur die Frage interessirte, von woher diese Fälle stammen. Selbstverständlich hat dieses Material grosse Mängel schon allein desshalb, weil die Fälle von verschiedenen Aerzten ohne die Absicht, Daten über die Lepra zu sammeln, notirt wurden.

Fälle von Lepra aus der Klinik von Prof. Polotebnow von 1872—1887.

A. Stationäre Kranke.

№	Name	Alter	Beruf	Von wo stammend	Wann behandelt	Wie lange in SPtbg.	Wie lange krank	Form der Lepra	Bemerkungen.
1	Alexejew, Ustin	30	Bauer	St. Petsbg. Kreis, Wolost Kaporje	22. Nov. 1872 bis 26. Mai 1873, 25. Oct. 1874 bis 27. März 1875	—	—	Lepra tuberosa	Beschrieben von Prof. Monastyrski. Beginn im Gesicht.
2	Belejew, Hirsch	30	—	Witebsk. Gouvernement	9. Nov. bis 24. Dec. 1873	—	—	—	—
3	Peretz, Makar	24	Soldat des Convois	Kuban-Gebiet	12. Febr. bis 20. März 1874	—	—	—	—
4	Andrejew, Prochor	15	Bauer	St. Petersb. Gouvernement	16. April bis 18. April 1879	—	—	—	—
5	Alexejew, Stefan	23	Soldat der Chevalier-Garde	Astrachansches Gouvernement	13. Juni bis 8. Oct. 1880	—	—	—	—
6	Hammer, Jakob	—	—	St. Ptrsb. Gouv., Stadt Narwa	13. Juni 1887	—	—	—	—
7	Ossipow, Wakul	55	Bauer	St. Ptrsb. Gouv., Kreis Gdow	18. Dec. 1883 bis 6. Jan. 84	—	—	—	—
8	Lewtschenko, Timofei	45	Lehrer	St. Ptrsb. Gouv., Stadt Narwa	12. Sept. bis 20. Oct. 1887	—	—	—	—

B. Ambulatorische Kranke.

№	Name	Alter	Beruf	Von wo stammend	Wann behandelt	Wie lange in SPtbg.	Wie lange krank	Form der Lepra	Bemerkungen.
9	Sidorowa	50	Schreiberswittwe	St. Ptrsb. Gouv., Ochta	1874—1875	—	—	—	—
10	«Tochter der Vorigen»	19	—	Ibidem	» »	—	—	—	Erkrankte später als die Mutter.
11	Tochter von Fall 9	17	—	—	» »	—	—	—	—
12	Astachow, Wassili	17	Sohn eines Kosaken	Kuban-Gebiet	17. März 1879	—	1 Jahr	—	—
13	Russanow (Smyslow), Marie	36	—	St. Petrsb. Gouvernement	27. März 1880	—	2 Jahre	—	—
14	Ignatjewa	—	—	St. Petrsb. Gouvernement	1. Febr. 1884	—	3 Jahre	—	—
15	Badrekow, Feodossja	60	—	Nowgorod. Gouvernement	23. Nov. 1885	10 Jahre	1 Jahr	—	—
16	Kissljakow, Peter	18	—	Jarossl. Gouv., Kreis Rossow	22. April 1887	4 Jahre	3 Jahre	—	—
17	Andrejew, Xenia	32	—	Twersch. Gouv., Kr. Nowotorsch	2. Dec. 1887	17 Jahre	7 Jahre	—	—
18	Petrow, Praskowja	23	—	Ssaratow. Gouv., Kreis Zarizyn	?	—	4 Jahre	—	—

Unter den obigen Kranken: 10 Männer und 8 Weiber.

Nach den Gouvernements vertheilen sie sich folgendermaassen:

Aus dem Gouvernement St. Petersburg	10	Aus dem Gouvernement Jarosslaw	1
» » » Witebsk	1	» » » Ssaratow	1
» » » Nowgorod	1	» » » Astrachan	1
» » » Twer	1	» » Kuban-Gebiet	2

Fälle von Lepra aus dem Kalinkin-Weiberhospital von 1875—1888. (Dr. Sperk).

№	Name	Alter	Beruf	Von wo stammend	Wann behandelt	Wie lange in SPtbg.	Wie lange krank	Form der Lepra	Bemerkungen.
19	Julin, Prasskowja	50	Soldatenweib	—	8. Mai bis 13. Aug. 1872	—	—	Lepra	—
20	Jefimow, Tatjana	46	Arbeiterin	Gouv. Livland, Stadt Riga	22. Sept. 1874 bis 13. März 1875	—	—	Lepra tuberosa	Laryngitis.
21	Fedorow, Katharina	50	Soldat.-Tochter, Wärterin	—	17. Juli bis 11. Aug. 1875	—	—	Lepra tuberosa	II 1575
22	Anissimow, Anna	17	Tagelöhnerin	St. Petersb. Gouvernement	18. Febr. bis 10. Mai 1876	—	—	Lepra anaesthetica	Pemphigus leprosus. VI 535
23	Alexandrow, Sophie	25	Tagelöhnerin	St. Petersb. Gouvernement	16. Jan. bis 22. März 1877, 5. Dec. 1877 bis 4. Jan. 78, 10. März bis 13. April 78, 24. April bis 7. Mai 1879	—	—	Lepra tuberosa	V 179 V 4155 V 993 V 1753
24	Feodorow, Christine	64	Bäuerin	St. Petersb. Gouvernement	16. Jan. bis 31. März 77	—	—	Lepra anaesthetica	—
25	Kelletat, Dorothea	38	Magd	Preussen	6. April bis 4. Juli 1877	—	—	Lepra tuberosa	II 1179
26	Andrejew, Prasskowja	62	Händlerin	—	5. Juni bis 15. Sept. 77	—	—	Lepra	Keratitis. VII 2187
27	Koschke, Marie	26	Bäuerin, Magd	Gouv. Livland, Kreis Pernau, Gut Saara	7. Nov. 1884 bis 26. Juni 1887, 1888	—	13 Jahre	Lepra maculosa	3440 Pemphigus. 31. Dec. 1884 bis 3. Dec. 1885, 11. Dec. 1886, 4. Febr. und 13. März 1887, 1888.
28	Timkin, Eudoxia	22	Bäuerin, Magd	St. Petrsb. Gouv. bei Narwa	23. Febr. bis 30. Sept. 85	4 Jahre	1 Jahr	Lepra tuberosa	Beginn auf der Wange. 1885 als Malleus behandelt. 639
29	Panurow, Prasskowja	23	Soldatenweib	Gouv. Ssaratow	19. Aug. bis 10. Sept. 85	—	4 Jahre	Lepra anaesthetica	2530
30	Ignatjew, Marie	29	Collegien-secretärsfrau	St. Ptrsb., Stadt. (Ununterbrochen hier lebend)	22. Febr. bis 29. März 84 (Augenhospital) 26. Nov. 1885 bis 19. Jan. 1886, 3. März bis 16. Juni 1886	—	4 Jahre	Lepra tuberosa	Laryngitis, Pharyngitis. 3707 771
31	Belert, Therese	40	?	Gouv. Kurland, Stadt Goldingen	22. Oct. 1885 bis 2. April 1886	—	7 Jahre	Lepra tuberosa	3301
32	Kaplanski, Scheina	54	Bürgersfrau	Gouv. Witebsk (hat beständig dort gelebt)	28. Aug. bis 26. Oct. 1886	—	5 Jahre	Lepra tuberosa	2745
33	Babet, Chawe	45	Wirthschafterin	Gouv. Kurland	2. Sept. 1886 bis 15. März 1887	—	—	Lepra tuberosa	2786
34	Ssemenow, Axinia	53	Tagelöhnerin	Gouv. Twer	23. Mai bis 12. Oct. 1887	—	2 Jahre	Lepra tuberosa, maculosa	1422
35	Timkin, Awdotja	25	Bäuerin, Magd	Gouv. St. Petrsb., Kreis Gdow, Wolost Wyssotzk, Dorf Roja	1888	9 Jahre	8 Jahre im Dorfe	Lepra tuberosa	—
36	Ssemenow, Axinia	61	Bäuerin, Magd	Gouv. Twer, Kr. Wyschnewolotzk Wolost Strafosonsk, 60 Werst von der Kreisstadt	1888	6 Jahre	1 Jahr	Lepra maculosa	Nach 6-jährigem Aufenthalt in St. Petersburg erkrankte sie, in's Dorf zurückgekehrt, nach 14 Tagen (15. Juli 1887).
37	Michejew, Elisabeth	43	Bäuerin	St. Ptrsb. Gouv., Kreis Jamburg, Wolost Lutzk, Dorf Beresinko	Seit 11. Juli 1888	—	—	Lepra tuberosa	Vor 10—13 Jahren war sie Wärterin im Kalinkin-Hospital, während dreier Winter, in der Hautabtheilung, wo damals Leprafälle waren.
38	Moltschanow, Afimja	58	Tagelöhnerin	Gouv. Mohilew, Kreis Flecken Dubrowo	1888	30 Jahre	8 Jahre	Lepra tuberosa	—

Meine Fälle.

№	Name	Alter	Beruf	Von wo stammend	Wann behandelt	Wie lange in SPtbg.	Wie lange krank	Form der Lepra	Bemerkungen.
39	Winogradow, Irina .	31	Bürgerin, Hausfrau	St. Ptrsb. Gouv., Stadt Narwa	25. Sept. bis 19. Nov. 1885	—	7 Jahre	Lepra tuberosa	Beginn an den Vorderarmen. Behandelt im Klin. Inst. der Grossfürstin Helene Pawlowna.
40	Steimann, Fanny . .	19	Lehrerin	Gouv. Kowno, Stadt Nowo-Alexandrowsk	3.—22. Dec. 1887	—	1 Jahr	Lepra maculosa, tuberosa	Behandelt im Klin. Inst. der Grossfürstin Helene Pawlowna.
41	Grimm, Wilhelmine .	47	Schlossersfrau, hat sich mit Krankenpflege beschäftigt	Gouv. Livland, Stadt Riga	Sept. 1887 bis April 1888	½ Jahr	3 Monate	Lepra tuberosa	In meiner Ambulanz.
42	Zirmann, Feige . . .	45	Händlerin	Gouv. Kowno, Flecken Stoklitschik	Von Juni 88	10 Jahre	1 Jahr	Lepra tuberosa	Ambulanz des Alexanderhospitals.
43	Jennert, Dorothea . .	40	Wäscherin	Gouv. Kurland, bei Mitau, Gut Kalnezeem	Seit Juli 1888	20 Jahre	1 Jahr	Lepra maculosa	Ambulanz Dr. Smigrodski's in der St. Georg's-Schwesterschaft. Anverwandte gesund.

Aus unserer Tabelle sehen wir:

I. im Laufe von 17 Jahren sind fast alljährlich in St. Petersburg Fälle von Lepra beobachtet und zwar:

1872 — 2 Fälle, 1878 — 0 Fälle, 1884 — 1 Fall,
1873 — 1 Fall, 1879 — 2 Fälle, 1885 — 6 Fälle,
1874 — 5 Fälle, 1880 — 2 Fälle, 1886 — 2 Fälle,
1875 — 1 Fall, 1881 — 0 Fälle, 1887 — 7 Fälle,
1876 — 1 Fall, 1882 — 0 Fälle, 1888 — (nur d.
1877 — 4 Fälle, 1883 — 1 Fall, halbe J.) 7 Fälle.

Aus Obigem ist ersichtlich, dass in den ersten 6 Jahren (1872—77) 14 Fälle, in den zweiten 6 Jahren (1878—83) 5 und in den letzten 4½ Jahren 23 Fälle constatirt worden. Freilich beweist dieses nicht, dass die absolute Zahl der Leprösen sich vermehrt hätte, doch lässt es den Schluss zu, dass man jetzt aufmerksamer auf diese Krankheit geworden. Dass in den Jahren 1878, 1881 und 1882 keine Leprafälle notirt, erklärt sich daraus, dass man unter 16,000 Karten leicht einige Fälle übersehen konnte, oder aber die Fälle nicht verzeichnet worden sind, da das Hauptinteresse des Kartensystems im Kalinkinhospital sich auf Lues bezieht. So haben wir für die Jahre 1878—83, also volle 6 *Jahre hindurch* keinen einzigen Fall für das Kalinkinhospital gefunden, während mir Dr. Sperk mitgetheilt, dass er dort *alljährlich* Lepra-Fälle gehabt hat. Das Material ist also de facto grösser, als ich es wiedergebe. In jedem Falle verdient das Factum, dass man in den letzten 1½ Jahren 14 *neue* Fälle von Lepra hier constatirt hat, eine ernste Beachtung. Jch betone «neue Fälle» da von den anderen Kranken einer oder der andere mehrmals im Hospital gelegen so z. B. Ustin Alexejew 3 Mal (1872—75), Marie Koschke 2 Mal (1884—88), Sophie Alexandrow 4 Mal (1877—79), Lewtschenko (2 Mal) etc.

II. Unter 43 Kranken waren 10 Männer und 33 Frauen, d. h. über 2 Mal mehr Frauen als Männer, was sich grössten Theils aus meinen Quellen (Kalinkin-Frauenhospital) erklärt. Wir haben ja in St. Petersburg leider für männliche Hautkranke kein Centrum. Dieses beweist wieder die Nothwendigkeit der Anlage eines Centralhospitals für Männer mit Haut- und venerischen Krankheiten, worauf ich beständig im Laufe von 10 Jahren in meinen Rechenschaftsberichten hingewiesen habe, bisher leider mit ebenso wenig Erfolg wie Prof. Polotebnow auf dem Congress 1885.

Das *Alter der Pat.* schwankt zwischen 15 und 64 Jahren.

Von 15 bis 24 Jahren waren 12 Kranke,
« 25 « 34 « « 8 «
« 35 « 44 « « 4 «
« 45 « 54 « « 10 «
« 55 « 64 « « 6 « d. h. dass

die Krankheit sich ebenso oft bei jungen wie bei älteren Individuen findet. Ausserdem zeigen auch diese wenigen Daten die Unhaltbarkeit der Erblichkeitstheorie der Lepra. Die Knotenform währt, wie wir wissen, 8 bis 12 Jahre, folglich wäre es garnicht möglich (wenn wir die Erblichkeit annehmen), dass Kranke im Alter von über 35 Jahren von der Knotenform befallen werden. Dass sich in unserer Tabelle keine Kinder vorfinden, erklärt sich daraus, dass uns die Möglichkeit fehlte, das Material der Kinderhospitäler durchzusehen. Uebrigens werden auch Kinder mit chronischen Ausschlägen nur in seltenen Fällen aus dem Dorfe zur Stadt gebracht.

III. *Die Formen der Lepra.* Nur in 34 Fällen war die Form verzeichnet, wobei es sich 16 Mal um Lepra tuberosa, 6 Mal um Lepra maculosa s. anaesthetica und 2 Mal um Lepra mixta handelte. Mir scheint es, dass die Vertheilung dieser Formen ziemlich der Wirklichkeit entspreche, da ja im Allgemeinen die Lepra tuberosa häufiger, als die maculosa auftritt. Die Frage von der Zulässigkeit einer besonderen Form der Lepra mixta lasse ich offen, obgleich ich ihre Nothwendigkeit nicht einsehe.

In drei von unseren Fällen sind Affectionen des Larynx, in zwei Pemphigus vermerkt.

IV. *Wie lange leiden unsere Kranken an Lepra und an welchem Körpertheil hat sie begonnen?*

In dieser Beziehung ist mein Material recht spärlich, nur bei 21 Kranken finden sich darüber Daten. Es zeigt sich, dass sie krank sind

3 Monate 1 Fall, 4 Jahre 2 Fälle,
6 « 1 Fall, 5 « 1 Fall,
1 Jahr 7 Fälle, 7 « 3 Fälle,
2 Jahre 2 Fälle, 8 « 2 Fälle.
3 « 2 Fälle,

In Betreff der Frage, wo die Krankheit begonnen, habe ich bei 15 Kranken Angaben gefunden und alle geben übereinstimmend das Gesicht oder die Vorderarme, d. h. die unbedeckten Körpertheile, als die zuerst erkrankten an.

V. Jetzt kommen wir zur wichtigsten Frage. *Von woher stammen diese Leprösen und wo sind sie erkrankt?*

Wir haben mehr oder weniger genaue Angaben bei 38 Kranken. Es stammen aus dem:

St. Petersburger Gouv., 17 Fälle, Twerschen Gouv. 3 Fälle,
Livländischen « 3 Fälle, Nowgorod. « 1 Fall,
Kurländischen « 3 Fälle, Jaroslaw. « 1 Fall,
Kownoschen « 2 Fälle, Ssaratow. « 2 Fälle,
Witebskischen « 2 Fälle, Astrachan. « 1 Fall,
Mohilewschen « 1 Fall, Kuban. « 2 Fälle.

Dieses Resultat setzt uns in Erstaunen. Wir wussten bisher, dass in den Gouvernements Livland, Kurland, Astrachan und im Kubanschen Gebiet Lepra vorkommt und schlossen daher, dass aus diesen Gegenden vornehmlich die Kranken sich rekrutiren würden. Es erweist sich etwas ganz anderes. 17 Fälle, d. h. fast 50%, kommen auf unser St. Petersburger Gouvernement; dieses giebt uns ein Recht

anzunehmen, dass wir im St. Petersburger Gouvernement Lepraherde haben. Ebenso wenig wussten wir, dass im Witebskischen und Kownoschen Gouvernement Lepra vorkommt und doch haben wir aus jedem von ihnen 2 Fälle. Das leitet uns auf Lepraherde auch in diesen Gouvernements. Dann die drei Fälle aus dem Twerschen Gouvernement, die auch Verdacht auf Lepraherde erregen. Ich hoffe, dass mit der Zeit unsere Collegen, die Landärzte, wenn sie sich näher mit der Lepra bekannt gemacht haben, uns diese Frage beantworten werden, bisher haben viele von ihnen noch nie einen Fall dieser Art gesehen. Wie Leprafälle übersehen werden, möchte ich an zwei Beispielen zeigen. In einer hiesigen Heilanstalt wurde eine Kranke circa ½ Jahr, 2 bis 3 Mal wöchentlich behandelt; der Arzt diagnosticirte Laryngitis et ulcera cruris und behandelte sie demgemäss als alte Lues. Als ich die Kranke sah, konnte man augenblicklich eine classische Lepra tuberosa diagnosticiren. Der zweite Fall: Ein College, früher Arzt im Zarskoselskischen Kreise gab mir die Versicherung Lepra nie in seinem Kreise gefunden zu haben. Als ich ihm einst einen ausgesprochenen Fall zeigte, rief er aus: «Solche Kranke habe ich recht häufig gehabt» (und Daten über den Zarskoselskischen Kreis haben wir nicht gefunden).

Auf das St. Petersburger Gouvernement vertheilen sich unsere Fälle in folgender Weise: Von 12 kommen:

Auf den Jamburgschen Kreis 4 Fälle, } = 6.
« die Stadt Narwa 2 Fälle, }
« den Gdowschen Kreis 2 Fälle,
« den Peterhofschen Kreis 1 Fall,
« St. Petersburg 3 Fälle.

Von den übrigen Kranken fehlen nähere Angaben. In der beigefügten Tabelle habe ich die Dörfer bezeichnet, aus denen unsere Kranken mit genaueren Daten kamen.

Jetzt bleibt uns die wichtigste Frage, wo unsere Kranken erkrankten? Auch hier sind die Angaben ziemlich dürftig aus den oben genannten Gründen und beziehen sich nur auf 16 Fälle. Wir theilen unsere Kranken in drei Gruppen:

I. Angereiste Kranke.

1) Die Steimann erkrankte in Kowno und kam krank nach St. Petersburg.

2) Die Koschke erkrankte vor 13 Jahren in Pernau und kam schon als Kranke nach St. Petersburg.

3) Ustin Alexejew, 4) A. Timkin und 5) Lewtschenko kamen schon krank an. In diesen fünf Fällen kamen die Kranken nach St. Petersburg schon als Lepröse. Fälle solcher Art kommen überall vor.

II. Gesund Angereiste, die in St. Petersburg erst nach kürzerer oder längerer Zeit Symptome von Lepra zeigten.

1) W. Grimm kam gesund aus Riga (wovon ich mich selbst überzeugt habe) und erkrankte hier 3 Monate nach ihrer Ankunft, folglich war sie schon in Riga inficirt und kam während der Incubation nach St. Petersburg.

2) Die E. Timkina erkrankte 3 Jahre nach ihrer Ankunft.

3) P. Kisslakow erkrankte 1 Jahr nach ihrer Ankunft.

4) K. Andrejewa erkrankte 10 Jahre nach ihrer Ankunft.

5) F. Zirmann erkrankte 10 Jahre nach ihrer Ankunft.

III. Zweifelhafte Fälle, in denen die Möglichkeit der Ansteckung in St. Petersburg zugelassen werden muss.

1) Sidorow mit ihren 2 Töchtern, wohnhaft (ununterbrochen) in Ochta.

2) D. Jennert, obgleich in Kurland geboren, lebt sie ohne Unterbrechung seit 20 Jahren in St. Petersburg und ist erst seit einem Jahre krank. Wenn wir auch die Möglichkeit einer sehr langen Latenzperiode, wie sie von Einigen behauptet wird, zulassen, so haben wir doch nicht, glaube ich, das Recht diese Periode auf 20 Jahre auszudehnen. Wie viel verschiedene Bedingungen können in dieser Zeit von Einfluss gewesen sein, zumal wir jetzt wissen, dass auch in St. Petersburg Lepra vorkommt, folglich die Möglichkeit einer Ansteckung zugegeben werden muss. Vielleicht kann ich hier noch anführen, dass die J. seit mehreren Jahren als Wäscherin beim portugiesischen Gesandten dient, der wahrscheinlich doch Bediente aus Portugal mitgebracht, dort ist aber die Lepra ziemlich verbreitet.

3) Die E. Machejewa, Bäuerin des St. Petersburger Gouvern. kam vor 13 Jahren nach St. Petersburg und trat für die Winterzeit in's Kalinkinfrauenhospital als Krankenwärterin in die Abtheilung für Hautkranke. Zum Sommer ging sie in's Dorf. Die darauffolgenden zwei Winter versah sie wieder die Stelle einer Wärterin selbigen Hospitals. Soviel bekannt ist (und es wird auch durch mein Material bestätigt) lagen damals in der Abtheilung auch Lepröse. Im Juli dieses Jahres trat sie selbst mit deutlichen Symptomen von Lepra in Behandlung (und soll seit einem ½ Jahre erkrankt sein). Natürlich hat sie sich auch im Jamburgschen Kreise, wo sie die letzten Jahre gelebt, inficiren können, doch giebt dieser Fall jedenfalls zu denken.

4) Die A. Semenowa theilte mir mit, dass sie im Twerschen Gouvernement geboren, vor sieben Jahren nach St. Petersburg kam, hier 6 Jahre ununterbrochen gelebt und am 15. Juli 1887 in ihre Heimath zurückgereist sei. Eine Woche nach ihrer Rückkehr ins Dorf bemerkte sie ihre Krankheit. Sie giebt recht vernünftige Auskunft. Da wir bisher nicht wissen, ob im Twerschen Lepra vorkommt, erregt es den Verdacht, die S. sei in St. Petersburg inficirt worden.

5) M. Ignatjewa wurde als Säugling nach St. Petersburg gebracht und blieb ohne Unterbrechung am Ort. Sie erkrankte im 26. Lebensjahre.

Mithin sehen wir, dass von 16 Fällen ca. ein Drittel mit schon deutlichen Anzeichen von Lepra nach St. Petersburg gekommen. Bei dem zweiten Drittel zeigten sie sich in mehr oder weniger kurzer Zeit nach ihrer Ankunft. Es bleiben dann noch 6 Fälle, wo der Verdacht auftaucht, dass sie die Lepra in St. Petersburg acquirirt, obgleich der Nachweis schwer zu liefern. In jedem Fall zeigt das von mir gesammelte Material, ungeachtet der grossen Mängel, dass die Leprafrage auch für uns in St. Petersburg vorhanden, und es wäre zu wünschen, dass auf sie mehr Aufmerksamkeit verwandt werde. Wenn wir jetzt strenger die auftauchenden Fälle verfolgen werden, so müssen wir mit der Zeit ein genügend grosses Material sammeln, auf Grundlage dessen wir zur endgültigen Bearbeitung der Frage gelangen. In Riga geht man, so viel mir bekannt ist, mit dem Gedanken um, in nächster Zeit eine Colonie für Lepröse zu gründen, ebenso auch bei Dorpat, wo sich sogar unlängst eine Gesellschaft gebildet, deren Ziel es ist, die Mittel zur Gründung einer Lepra-Colonie zu beschaffen; sie hat schon ca. 3000 Rbl. gesammelt, Dank der Initiative Prof. E. v. W a h l's. Ich hoffe, dass auch meine Daten in Betreff des St. Petersburger Gouvernements zur Folge haben werden, dass unsere Landärzte für diese Frage Interesse gewinnen und sich an die Arbeit machen zur Auffindung der Lepraherde, so z. B. im Gdowschen Kreise. Natürlich erfordert dies Kenntniss der vorkommenden Lepraformen, die sie jedoch zu jeder Zeit im Kalinkinhospital finden können. Bis jetzt habe ich in den mir zugänglich gewesenen Berichten der St. Petersburger Kreisärzte absolut keine Angaben über Lepra gefunden.

Zum Schlus erlaube ich mir an alle Collegen die Bitte zu richten, entweder mir oder im Druck über alle einschlägigen Leprafälle der nördlichen und mittleren Gouvernements Russlands Mittheilung machen zu wollen. Die südlichen Gouvernements gehören ja, so zu sagen, zum Kreise des geehrten Collegen Prof. M ü n c h. Besonders wichtig ist es, anzugeben, in welchem Kreise, Wolost und Dorf die Kranken sind, ob verheirathet, ob Kinder vorhanden (gesund oder krank) und ob eventuell Impotenz vorhanden. Ferner ist es wichtig zu constatiren, in welchen anderen Gegenden die Pat. früher gelebt. Auf diese Weise wird sich vielleicht mit der Zeit die Frage der Infection lösen lassen.

Entgegnung.

Zum Soxhlet'schen Milch-Sterilisations-Apparat.

Von
J. Martenson.

In seiner mir freundlichst übermittelten Schrift «Zur Frage der künstlichen Ernährung des Säuglings» von Dr. F. Gräbner, sagt auf pag. 7 unter anderem der Verfasser: «In der ersten Zeit benutzten wir einen von Mag. Martenson im Verein St. Petersburger Aerzte demonstrirten Apparat, der einfacher und billiger als sein Vorbild, der Soxhlet'sche Apparat ist, aber bei längerem Gebrauch viele Mängel zeigt». Weiter: «M.'s Apparat ist gleichfalls schwer zu reinigen und wegen beständigen Ersatzes der häufig platzenden Flaschen kostspielig». Darauf giebt Gräbner die Beschreibung eines Apparates, welcher nach seinen Angaben von der Firma Rüting angefertigt wird und die oben gerügten Nachtheile nicht zeigen soll.

Nun unterscheidet sich die Construction des Soxhlet'schen Apparates nach Gräbner wesentlich garnicht von der meinigen, ausgenommen die Form der Flaschen. Gräbner hat Flaschen von Kolbenform anfertigen lassen; ich zog gewöhnlich Materialflaschen vor. Ich gebe zu, dass solche Kolben etwas leichter zu reinigen sind, als Flaschen; wenn aber schon gut gereinigt werden soll, ist der Müheunterschied doch äusserst gering. Anfänglich operirte ich mit Erlenmeyer'schen Kolben, sodann mit der Form № 548 und 1069 des Rüting'schen Preisverzeichnisses (Spritzflaschen und Räucherpulvergläser), welche mich aber wenig befriedigten. Sind die Kolben zu dünn, so platzen sie weniger leicht, sind aber in ungewohnten Händen sehr zerbrechlich. Kolben aus stärkerem Glase platzen ebenfalls. Uebrigens platzen die von mir bevorzugten einfachen Gläser im Ganzen selten, wenn man lege artis verfährt und die Flaschen nicht gleich in heisses Wasser stellt, wie es so oft geschieht. Die Gläser haben vor den Gräbner'schen Kolben noch den weiteren Vorzug, dass sie nicht so leicht umwerfen, dass sie überall zu haben und daher leicht zu ersetzen sind, was für weit Wohnende wichtig ist. Demnach wird wohl der von mir modificirte Apparat Soxhlet's gewiss nicht mehr Mängel haben, als der Gräbner'sche, und auch jedenfalls nicht theurer sein, da die Blechconstruction fast dieselbe, die Flaschen etwa 5 Kop. das Stück, während die Gräbner'schen Kolben 16 Kop. kosten. Dass der Apparat brauchbar, beweist seine grosse immer zunehmende Verbreitung, wobei ich übrigens bemerke, dass ich mit dem Vertrieb derselben nie etwas zu thun gehabt habe.

Hier sei mir gestattet noch anzuführen, dass die lästigen Gummipfropfen gänzlich entbehrt werden können, zufolge einer Mittheilung des Dr. Westphalen. Man hat nur nöthig über den Hals der mit Milch gefüllten Flaschen passende Zuckergläser (Banken) zu stülpen, und dann zu kochen. Allerdings darf die Flasche vor dem Gebrauch durchaus nicht gelüftet werden. In dieser Weise geschieht seit einiger Zeit die Sterilisation am hiesigen Kinderhospitale zur grössten Zufriedenheit, denn die Milch hält sich lange Zeit — beobachtet wurden etwa 17 Tage — frisch.

Dieses Verfahren ist für Anstalten seiner grossen Einfachheit und Billigkeit wegen sehr zu empfehlen und hat sich bereits in einigen Familien eingebürgert.

Referate.

Prof. Th. Billroth: Ueber die Ligatur der Schilddrüsenarterie behufs Einleitung der Atrophie von Kröpfen. (Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. I. № 1).

Als Ersatz für die totale Kropfexstirpation, welche mit üblen Zufällen verbunden sein kann (Tetanie, Läsion des N. recurrens, Kachexia strumipriva), empfiehlt Verf. die von Wölfler vorgeschlagene Ligatur der Arteriae thyreoideae. Schon a priori ist es wahrscheinlich, dass nach dieser Operation keine Gangrän, sondern allmälige Schrumpfung des Kropfes eintreten wird, da nach Unterbindung aller vier Art. thyreoideae immer noch eine Anzahl kleinerer Arterien übrig bleibt, welche theils von unten, theils vom Kehlkopfe her dem Kropfe etwas Blut zuführen. Eine Atrophie kann aber nur in einem bisher gut genährten lebendigen Gewebe eintreten. Die durch grosse Extravasate, Verkalkungen, cystische oder gallertige Erweichungen necrobiotisch degenerirten oder durch fibröse Wucherungen geschrumpften Partien der Kröpfe, in welchen ein Kreislauf überhaupt nicht existirt, werden natürlich durch die Unterbindung der Arterien sich nicht weiter verändern. Ein eclatanter Erfolg nach dieser Operation ist daher nur bei jenen Strumen zu erwarten, in welchen noch keine oder wenig ausgedehnte degenerative necrobiotische Processe stattgefunden haben, also besonders bei rasch wachsenden Strumen jüngerer Leute. Bei den harten, theilweise bereits verkalkten Strumen älterer Leute hat die Operation keinen Sinn. Die Indicationen zu dieser Operation sind also beschränkt. Der Erfolg der Unterbindung der Arterien muss sich in zwei Momenten äussern: 1) Da die Kröpfe erwähnter Art meist sehr gefässreich sind, so wird der erste Effect der Unterbindung aller 4 Arterien der einer glandulären Anämie sein; die Struma wird nach der Operation weicher und kleiner. 2) Der zweite Effect muss in einer Ernährungsstörung bestehen; Dank der geringen arteriellen Zufuhr obliteriren die Gefässe, schwinden das Epithel- und Zwischengewebe; es bleibt nur narbiges Bindegewebe übrig. Da die durch Unterbindung der Arterien bedingte Atrophie der Schilddrüse erst im Verlaufe von Wochen und Monaten zu einer vollständigen wird und somit der Organismus Zeit hat, sich an den Mangel derselben zu gewöhnen, so wäre es denkbar, dass die Kachexia strumipriva ausbliebe. Der Erfolg der Operation kann nur dann ein dauernder sein, wenn alle vier Arterien unterbunden sind, oder wenn sich nicht wieder rasch ein Collateralkreislauf durch die Vasa vasorum ausbildet. Im entgegengesetzten Falle wird die Struma recidiviren.

In Bezug auf die Technik der Operation scheint B. für die Unterbindung der Art. thyreoideae inf. der Schnitt am äusseren Rande des M. cleidomastoideus der bequemere. Es ist auch die enorme Dünnwandigkeit und Brüchigkeit der A. thyreoid. inf. zu erwähnen, umsomehr, als das Fassen der hinter den M. scalenus sich zurückziehenden Arterie nicht so leicht ist. Bisher hat B. vier Fälle von gewöhnlicher Struma mit Unterbindung der Arterien behandelt. Im ersten Falle — Ligatur beider Art. thyreoid. inf., Recidiv nach 2 Monaten und spätere Totalexstirpation des Kropfes. Im 2. Falle — Ligatur der Art. thyreoid. sup. sin. und beider Art. thyreoid. inf. 2 Wochen später Unterbindung der Art. thyreoid. sup. dextr. Nach 2 Monaten unvollkommener Erfolg (nicht bedeutende Atrophie der Struma). In den beiden letzten Fällen — Ligatur aller vier Arterien, das eine Mal mit glänzendem Erfolge, der andere Fall befindet sich noch in Beobachtung.

Endlich räth B. die Anwendung der Operation bei inoperablen malignen Tumoren der Schilddrüse, besonders beim ersten Beginn derselben, obgleich der von ihm in dieser Beziehung gemachte Versuch vollständig misslang. —ss.

A. Hiller: Creolin als Antisepticum und Antiparasiticum des Darmcanals. (D. med. W. № 27. 1888).

Bei allen Zuständen von Fäulniss, Gährung, Zersetzung im Darmcanal ist das *Creolin* durch seine prompte Wirkung und absolute Ungefährlichkeit ein ideales Mittel. Von Flatulenz und Meteorismus angefangen bis zu Magencatarrh, Diarrhoe, Brechdurchfall, Ileotyphus wirkt es in erfreulichster und ungefährlicher Weise. Die Dosis betrug 0,3—0,5—1,0, drei Mal täglich, eine Stunde nach der Mahlzeit in Gelatinecapseln zu nehmen.

In zwei Fällen wurde es auch als Antiparasiticum gegen Taenia solium und Oxyuris vermicularis gebraucht. Drei Mal täglich 1,0 Creolin, 5—6 Dosen im Ganzen, vorher und nachher ein Abführmittel, hatten den gewünschten Erfolg. Max Schmidt.

E. Leyden: Ueber Pyopneumothorax tuberculosus. (D. med. W. № 32. 1888).

Entgegen der Anschauung, wie sie sich jetzt herausgebildet hat, einen Pyopneumothorax bei Phthisikern als noli me tangere zu betrachten, möchte Leyden betonen, dass man bei eiterigem Exsudat doch lieber operiren soll. Bei serösem Exsudat soll man die Thoracotomie aber unterlassen. An die Pflege und vor Allem an die Ernährung werden aber nach der Operation die allergrössten Anforderungen gestellt, und in einem in der Leyden'schen Klinik operirten Falle gelang die Erhaltung des Patienten nur durch die Gavage, die Fütterung mit der Schlundsonde. Max Schmidt.

F. J. Pasternazki: Ueber den Einfluss der Behandlung mit febrifugen Mitteln auf die Häufigkeit der Rückfälle beim Abdominaltyphus. (Wr. № 22 sqq. 1888).

Bezüglich des historischen Theils in dieser Abhandlung, der Untersuchungen des Verf.'s in dieser Hinsicht, der Tabellen und zahlreicher interessanter Details auf das Original verweisend, können wir hier nur die Endschlüsse der Arbeit mittheilen:

«1) Die Rückfälle von Abdominaltyphus wurden in früherer Zeit häufiger bei der Kaltwasserbehandlung, als bei indifferenter Behandlung beobachtet.

2) Sie wurden häufiger bei Behandlung mit Bädern und Chinin in grossen Dosen (2 Grm. in 24 Stunden).

3) Bei den energischen, neuen Febrifugis — Antipyrin, Thallin und Antifebrin — in grossen Dosen zugleich mit Bädern wurden die Rückfälle viel häufiger, als je.

4) Der wichtigste Schluss ist der, dass beim Abdominaltyphus, wenn er consequent mit kalten Bädern, Chinin und besonders mit den neuen, die Temperatur so bedeutend herabsetzenden Mitteln behandelt wird, Rückfälle häufiger vorkommen, als bei indifferenter Behandlung oder Behandlung mit Calomel und Salicylsäurepräparaten.

5) Eine solche Schlussfolgerung, die den Werth der die Temperatur herabsetzenden Behandlung überhaupt und der neueren Febrifuga in's Besondere schmälert, könnte bis zu einem gewissen Grade eine Abkühlung selbst der wärmsten Vertheidiger bezüglich dieser Behandlungsweise hervorrufen, wenn wir dem gegenüber nicht einen anderen, nicht weniger wichtigen Schlusssatz entgegenstellen könnten, und zwar: sowohl unter dem Einfluss der Wasserbehandlung, was Liebermeister bewiesen hat, als auch unter dem der Febrifuga nach unserer Beobachtung, fand sich die niedrigste Sterblichkeitsziffer (6,89%). Beachtenswerth ist auch der Umstand, dass alle 9 Kranken mit Rückfällen bei Behandlung mit Febrifugis genesen sind und keine schwere Complicationen zu bestehen hatten». N.

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln. III.

(Vom 18.—23. September 1888.)

In der II. allgemeinen Versammlung des Congresses hielt der berühmte Anatom Prof. Waldeyer (Berlin) einen mit Beifall aufgenommenen längeren Vortrag über: «*Das Studium der Medicin und die Frauen*», in welchem er die Frage erörterte, ob die Frauen in derselben Weise wie die Männer zum Studium der Medicin zugelassen und staatlich als Aerztinnen approbirt werden sollen.

In einem historischen Ueberblick über diese Frage weist der Vortragende zunächst nach, dass es weder im Alterthum, noch im Mittelalter, noch in der Neuzeit bei den Culturnationen den Frauen verwehrt gewesen sei, sich auf den höheren Schulen der Wissenschaft zu widmen und dass einzelne Frauen in der That eine hervorragende Stellung in Kunst und Wissenschaft errungen haben. Gewisse Zweige der Heilkunst, namentlich die Geburtshülfe und die Behandlung der Kinderkrankheiten seien Jahrhunderte lang sogar ausschliesslich in den Händen der Frauen gewesen. Während aber früher nur vereinzelte Frauen dem ärztlichen Berufe sich widmeten, hat seit 18 Jahren von England, Amerika und Russland aus ein Massenandrang der Frauen zum Studium der Medicin stattgefunden. Namentlich war es die Universität Zürich, welcher sich die der Medicin beflissenen Damen zuwandten und zwar in erster Linie die Russinnen, welche letztere jedoch bald durch ihre oft zügellose Lebensweise die russische Regierung veranlassten, allen Russinnen den Besuch der Züricher Universität zu verbieten. Die Leistungen waren, so lange nur geistig hervorragende Frauen dem Studium der Medicin sich zuwandten, befriedigende. Mit dem Wachsen der Quantität nahm aber die Qualität der weiblichen Studirenden ab. Auffallend ist die geringe Zahl derjenigen Frauen, welche sich zu den Prüfungen gemeldet und dieselben überstanden haben.

Prof. Waldeyer vertritt nun die Ansicht, dass man den Bestrebungen nach einer Erweiterung der Erwerbsfähigkeit der Frau, namentlich des mittleren Standes, seine Theilnahme nicht versagen dürfe, jedoch müsse er sich auf Grund der geschichtlichen Entwickelung der Dinge und seiner Erfahrungen, die er als academischer Lehrer in Zürich und Breslau auf diesem Gebiete gemacht, gegen die Zulassung der Frauen zum Studium der Medicin aussprechen, und zwar sowohl im Interesse der medicinischen Wissenschaft, als im Interesse der Frauen selbst, sowie der gesammten Menschheit.

Jahrhunderte hindurch ist die Geburtshülfe, wie bereits erwähnt, von den Frauen ausschliesslich ausgeübt worden, ohne dass dieselben irgend Bedeutendes auf diesem Gebiet geleistet hätten. Erst als wissenschaftlich gebildete Männer sich des Faches bemächtigten, hat dasselbe einen bedeutenden Aufschwung genommen und als wahre Kunst und Wissenschaft zu blühen angefangen. Alles, wozu die Frauen es auf diesem Gebiete gebracht haben, beschränkt sich auf eine gewisse manuelle Geschicklichkeit. Die Verfechter der Frauenemancipation halten ihren Gegnern gern das Argument vor: «Ihr habt die Frauen von allen Berufsarten ausgeschlossen und so ihre Arbeitsorgane verkümmern lassen. Macht die Probe, eröffnet ihnen die Arena und sie werden es Euch in Leistungen gleichthun». «Aber die Probe ist längst gemacht» — sagt Prof. Freund in seiner vor einem Jahr zur Eröffnung der Frauenklinik in Strassburg gehaltenen Rede — «die Künste durften die Frauen neben den Männern, die Geburtshülfe sogar lange Zeit ausschliesslich betreiben, doch weder hier noch dort haben sie es zu selbständigen bahnbrechenden Leistungen gebracht; kein Kunstwerk einer Frau steht an erster Stelle und obwohl gerade die Frauen die Musik sattsam betreiben, so haben sie doch kein Musikstück, nicht ein kleines Lied von bleibendem Werth geschaffen». In gleichem Sinne sprechen sich Carl Vogt (Genf) und Carl Blind (London) über die Frauen aus. «Die Frauen», sagt Vogt, ein gewiss unverfänglicher Zeuge, «besuchen sehr fleissig die Collegien, hören mit besonderer Aufmerksamkeit zu, haben ein gutes Gedächtniss, aber nichts mehr. Beim Examen antworten sie vorzüglich, so lange man an ihr Gedächtniss appellirt; stellt man ihnen eine in den Vorlesungen behandelte Frage, aber in einer anderen Form, so verlieren sie vollständig den Kopf. Es ist merkwürdig, aber das Resultat der Erfahrung in allen unseren Laboratorien, chemischen wie anatomischen und mikroskopischen: «Die Damen sind ungeschickt mit ihren Händen, unsauber (d. h. ungenau) in ihren Arbeiten und unfähig sich selbst zu helfen, wenn sie auf irgend eine Schwierigkeit stossen. Die Assistenten in den Laboratorien haben mit einer Dame mehr Arbeit, als mit drei Studenten. Es giebt selbstverständlich Ausnahmen, aber diese bleiben Ausnahmen». Blind tritt, wie Waldeyer, für eine möglichst dem Manne ebenbürtige geistige Ausbildung der Frau ein, was aber das Handeln betrifft, so solle dem Manne verbleiben, was des Mannes ist.

Dass die Frauen in Kunst und Wissenschaft sich nicht bis zu dem Niveau, welches die Männer erreichen, erhoben haben, ist nach des Vortragenden Ueberzeugung in der ganzen natürlichen Organisation des Weibes begründet. Wie Rüdinger nachgewiesen, besteht eine Verschiedenheit in der Organisation des männlichen und weiblichen Gehirns, und zwar misst W. weniger Bedeutung dem Gewichtsunterschiede des Gehirns als vielmehr der Verschiedenheit in der Entwickelung der Gehirnwindungen beim Manne und Weibe bei. In Folge der geistigen Veranlagung sei dem Manne mehr die productive Seite, dem Weibe die receptive Seite zugefallen, worin auch der Grund der Verschiedenheit in der socialen Stellung und der geringeren Förderung von Wissenschaft und Kunst seitens der Frauen liege.

Aber nicht allein im Interesse unserer Wissenschaft, sondern auch aus Rücksicht für die Frau ist W. gegen das Frauenstudium; denn, wenn die Frau in jeder Beziehung die Wege des Mannes wandeln will, dann wird der Platz für Beide zu eng. Im freien Wettbewerben sei das Weib bis jetzt stets unterlegen und nicht ein Fortschritt, sondern ein Rückschritt in der Stellung des Weibes würde das Endresultat sein.

Endlich sei es noch im Interesse des Fortschrittes der Gesammtcultur des Menschengeschlechts nicht wünschenswerth, dass die Frauen sich in die dem Manne vorbehaltene Berufsthätigkeit eindrängen. Dabei komme die Wichtigkeit des durch die ganze Natur verbreiteten Gesetzes der Arbeitstheilung in Betracht, wie ja auch die hohe Entwickelung der Menschheit auf der geschlechtlichen Differenzirung beruhe, in Folge dieser Zweigeschlechtlichkeit die Männer und Weiber beide in ihrer Eigenart sich vervollkommnen und sich dann gegenseitig ergänzen. Dieses grosse Princip ist auch innegehalten bei weitaus den meisten Lebewesen, Pflanzen wie Thieren, während nur die niedersten Formen derselben keine Spaltung in zwei Geschlechter aufweisen.

Prof. Waldeyer will, wie er zum Schluss ausführte, keineswegs den Wirkungskreis und die geistige Bildung der Frauen zurückdrängen, im Gegentheil, er wünscht, dass das Frauengeschlecht körperlich und geistig dem Mann ebenbürtig herangebildet werde, um für den Kampf um's Dasein leistungsfähig zu sein; nur bleibe die Frau dabei in demjenigen Kreise, in welchem sie ihre natürliche Kraft und Entwickelungsfähigkeit besitzt. Sollte aber einst unter veränderten socialen Bedingungen das Frauenstudium unumgänglich nothwendig sein, so würden nach des Vortragenden Meinung jedenfalls getrennte Hochschulen für beiderlei Geschlechter erforderlich sein.

(In gleichem Sinne hat sich Prof. Fodor (Budapest) in seinem auf der diesjährigen Wanderversammlung ungarischer Aerzte in Tátra-Füred gehaltenen Vortrage über «die Bedeutung der Frau in der Gesundheitspflege» ausgesprochen. F. fordert, dass das Weib sich dem Haushalte und der Familie vorzugsweise widme, für die wenig bemittelten Klassen verlangt er die Errichtung von Gewerbeschulen, um ihnen einen ehrenhaften Erwerb zu sichern. Die wissenschaftlichen Carrièren will er den Befähigten nicht verschlossen wissen, aber im Allgemeinen räth er vom gesundheitlichen Standpuncte davon ab. Ref.) Bf.

Vermischtes.

— Am 11. October verschied hieselbst der Professor der chirurgischen Hospitalklinik an der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Dr. E. Bogdanowski, und zwar, wie wir erfahren, plötzlich bei einer Amputation, die unter seiner Leitung in der Klinik ausgeführt wurde. Einen genauen Nekrolog bringen wir nächstens.

— Die Professoren v. Bergmann und Gerhardt, welche von dem Staatsanwalt zu Duisburg aufgefordert worden sind, Strafantrag gegen Dr. Mackenzie, den Verleger Spaarmann und den Buchdrucker Kühne zu stellen, wegen der gegen sie in der bekannten Mackenzie'schen Broschüre enthaltenen Beleidigungen, haben ablehnend geantwortet. Sie seien überzeugt, dass die Beleidigungen Mackenzie's auf ihn selbst zurückfielen, und wünschten daher im Gegentheil eine möglichste Verbreitung der Broschüre.

— Wie die «Pall Mall Gazette» mittheilt, wurde auf der kürzlich in Glasgow abgehaltenen Jahresversammlung der über ganz England verbreiteten «*British medical Association*» *der Antrag gestellt, die Behandlung Kaiser Friedrichs von Seiten Sir Morell Mackenzie's vor das Forum dieser gelehrten Körperschaft zu bringen.* (A. m. C.-Ztg.)

— Am Ende der vorigen Woche hat der bisherige Professor der speciellen Pathologie und Klinik, Dr. Friedrich Schultze, Dorpat verlassen, um nach Bonn, der neuen Stätte seiner Wirksamkeit, überzusiedeln. Trotz der kurzen Zeit seines Wirkens in Dorpat ist es Prof. Schultze gelungen, sich die Anerkennung seiner Collegen und die Hochachtung und Liebe seiner Schüler zu gewinnen. Das fand einen beredten Ausdruck in der zahlreich besuchten Abschiedsfeier, welche von den Collegen veranstaltet wurde und ebenso in dem Souper, welches seine Schüler ihm zu Ehren gaben.

— Prof. Dr. Esmarch aus Kiel ist in New-York schwer erkrankt gewesen, jedoch wieder soweit hergestellt, dass er seine Rückreise antreten kann.

— Der bekannte Gynäkolog, Privatdocent Dr. A. Martin in Berlin, ist von der «American Gynäcological Society» zum *Ehrenmitgliede* und von dem Medico-chirurgischen Collegium in Philadelphia *zum Socius ernannt* worden. (A. m. C.-Ztg.).

— Der bekannte Kliniker, Prof. Dr. Gerhardt ist am 15. October n. St. als neu erwählter Rector der Berliner Universität introducirt worden. Die von ihm bei dieser Gelegenheit gehaltene Antrittsrede hatte die Beziehungen der Medicin und der Naturwissenschaften, speciell der Pflanzen zu der Heilkunde und zu einander zum Gegenstande.

— Der Professor der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der hiesigen militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Joh. Mierzejewski, ist nach Ausdienung der gesetzlichen 25-jährigen

XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8 und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 43. St. Petersburg, 22. October (3. November) 1888.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen.

(Aus der Universitäts-Abtheilung des Bezirkshospitals in Dorpat).

Von

Dr. med. Eduard v. Haudring.

Die zuerst von Scarenzio für die Therapie der Syphilis verwandten Calomelinjectionen haben, nachdem sie durch Neisser und Smirnow der Vergessenheit entrissen sind, vielfach die Aufmerksamkeit der praktischen Aerzte auf sich gelenkt. Wenn es nun auch nicht an Berichten fehlt (Neumann[1]), welche diesem Quecksilberpräparat keinen Vorzug vor anderen zur hypodermatischen Behandlung verwendeten einräumt, so sind doch andererseits die entgegengesetzt lautenden Mittheilungen zahlreicher, ja manche Autoren, wie z. B. Reinhard[2]) halten den Effect der Heilwirkung der Calomelinjectionen bei Syphilis gleichwerthig mit demjenigen, der durch die Inunctionscur erzielt wird.

Wenn ich nun auch der Ansicht bin, dass die Schmiercur vorläufig die rationellste Behandlungsart der Lues ist, so ist mir auch sehr wohl bekannt, dass dieselbe häufig mit praktischen Unbequemlichkeiten für den Kranken verknüpft ist, so dass in solchen Fällen auch eine andere Methode der Behandlung ihre volle Berechtigung hat. Als solche kommt vor allen Dingen die hypodermatische in Betracht, bei deren Anwendung es hauptsächlich darauf ankommen dürfte, von den vielen vorgeschlagenen Quecksilberpräparaten eins auszuwählen, das die bestehende Erkrankung schnell und dauernd heilt, und gleichzeitig dem Patienten die geringsten Schmerzen und Unbequemlichkeiten verursacht, ihn also nicht in der Erfüllung seiner socialen Pflichten stört oder gar hindert.

Als Assistenzarzt der Universitätsabtheilung des hiesigen Bezirkshospitals habe ich nun Gelegenheit gehabt über die Wirkungsweise der Calomelinjectionen Erfahrungen zu sammeln und sage meinem Chef, dem Herrn Prof. K. Dehio, für die Ueberlassung des Krankenmaterials meinen besten Dank.

Es wurde stets 0,1 Calomel vapore parat. in einer Pravaz'schen Spritze voll Glycerin oder Oel suspendirt, auf ein Mal injicirt Die Injectionen wurden mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze, auf welche eine gröbere Nadel von etwas über drei Centimeter Länge aufgesetzt war, ausgeführt und zwar wurde ausschliesslich in das Unterhautzellgewebe der Natesregion, resp. wenn der Panniculus adiposus schwach entwickelt war, in die Glytäalmusculatur hinein injicirt. Ein wesentlicher Unterschied, je nachdem ob das Calomeldepot zwischen den Muskelbündeln oder im lockeren Unterhautzellgewebe, zwischen Musculatur und Fettpolster zu lagern kam, konnte in Bezug auf Abscesse nicht festgestellt werden. Diese sahen wir meist nur dann entstehen, wenn etwas von der Injectionsmasse in den Stichcanal hineingelangte. Dass dieses vermieden werden soll, wird auch von Dr. Harttung[3]) hervorgehoben, welcher desshalb die Canüle vor der Einspritzung mit reinem Oel gefüllt und nach erfolgter Injection noch etwas Oel nachzuspritzen räth. Unsere zur Injection gebrauchte Spritze wurde vor jeder Einspritzung auseinandergenommen, jeder einzelne Theil derselben gründlich mechanisch gereinigt, alle Calomelpartikelchen, die etwa von einem früheren Gebrauche noch nachgeblieben waren, gewissenhaft entfernt und die Theile dann mit einer 1/10 % Sublimatlösung oder 5 % Carbolsäurelösung mehrfach abgespült. Die Canüle wurde zum Gebrauch direct aus der Sublimatlösung entnommen, so dass ihr Lumen mit derselben angefüllt, desshalb auch nichts von der eigentlichen Injectionsmasse beim Einführen der Nadel in den Stichcanal hineingelangen konnte. Um nun dies auch bei und nach dem Herausziehen der Nadel zu verhüten, habe ich die Haut vor dem Einstich etwas zur Seite verschoben, dann, nachdem die Injection gemacht war, eine Hautfalte aufgehoben, die Nadel rasch entfernt und jetzt erst die Haut wiederum ihre normale Lage einnehmen lassen. Dadurch wird der Stichcanal über dem Calomeldepot soweit verschoben, dass nichts von dem letzteren in den

[1]) Neumann: Ueber die Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen. Wien. med. Wochenschr. № 4. 1888.

[2]) C. Reinhard: Beitrag zur Behandlung der Lues mit Neisser'schen Calomelinjectionen. Deutsche med. Wochenschrift № 41. 1887.

[3]) Harttung: Ueber die Neisser'schen Calomelinjectionen. Deutsche med. Wochenschr. № 16, 1887.

Stichcanal gelangen kann. Diese an und für sich sehr einfache Manipulation kann natürlich nur dann ausgeführt werden, wenn das Unterhautzellgewebe nicht sehr straff ist. Ist letzteres der Fall, dann muss etwas Oel nachgespritzt werden, jedoch möchte ich zu diesem Zwecke eine zweite vorher sicher gereinigte und mit reinem Oel gefüllte Spritze verwandt wissen, da, wenn man mit der zur Calomelinjection gebrauchten Spritze auch reines Oel nachspritzt, leicht einige in der Spritze nachgebliebene Calomelpartikel mit hineingespritzt werden, in den Stichcanal gelangen und die ganze Procedur illusorisch machen.

Ich möchte dann noch auf die Nothwendigkeit der schon erwähnten mechanischen Reinigung der Spritze hinweisen, da erst als diese gewissenhaft von uns vorgenommen wurde, die Abscesse fast ganz vermieden wurden. Es scheint somit, als ob ein einfaches Ausspritzen der Spritze oder Liegenlassen derselben in 5 % Carbolsäure nicht genügt, um sie genügend aseptisch zu machen.

Die Injectionen wurden bei unseren Patienten alle acht Tage wiederholt und dieselben angewiesen, mindestens eine Stunde nach der Einspritzung im Bette zu bleiben. Am Anfange der Cur eine Doppelinjection zu machen, wie das von Reinhard u. A. ausgeübt worden ist, haben wir zu thun unterlassen, ausgehend von der Ueberzeugung, dass wir dadurch eine möglicherweise sehr heftige Stomatitis oder auch sehr hochgradige Schmerzen verursachen und die Patienten dann von einer Fortsetzung der eingeschlagenen Behandlungsart abschrecken könnten. Denn gerade die Reaction des Gesammtorganismus auf die Einverleibung des Quecksilbers und die Schmerzempfindlichkeit ist individuell ja ganz verschieden und wird auch der erfahrenste Arzt nicht im Stande sein, in jedem Falle etwas Genaues darüber vorauszusagen. Andererseits sind aber auch wohl nur äusserst selten die Erscheinungen der bestehenden Dyskrasie so besorgnisserregende, dass man nicht hoffen darf, mit einer alle acht Tage wiederholten Calomelinjection bei gleichzeitiger localer Behandlung, wo eine solche nöthig ist, auszureichen. Ich möchte zur Illustration des letzt Gesagten eine Krankengeschichte kurz referiren:

A. T., 27 a. n., Frau eines Tagelöhners, leidet seit einem Monate an Symptomen der Laryngostenose. Status präs.: Allgemeiner Ernährungszustand sehr zurückgegangen, Athmung hochgradig erschwert, Stimme vollständig heiser. Tiefgreifende syphilitische Geschwüre auf dem harten und weichen Gaumen, Uvula zerstört, weitverbreitete Infiltration und Ulceration im Kehlkopfinnern, wodurch eine starke Verengerung des Larynxinnern bewirkt wird. Die Tracheotomie kann wegen verweigerter Zustimmung der Patientin nicht ausgeführt werden. Wöchentlich eine Calomelinjection; täglich 2,0 Jodkali, Bepinselung der Ulcera des Rachens mit Sublimatglycerin (4 %). Nach 12 Tagen die Athmung merklich besser geworden, innerhalb 30 Tagen die Geschwüre verheilt. Am 40. Tage wird Patientin entlassen, sie hat im Ganzen 80,0 Jodkali und 7 Calomelinjectionen erhalten. Athmung fast ganz frei, Stimme heiser, Allgemeinbefinden gut.

Alle von uns mit Calomelinjectionen behandelten Patienten gehörten der stationären Abtheilung an. Anfangs (bei 11 Injectionen) wurde eine Calomelglycerinsuspension benutzt, dieselbe jedoch wegen zu häufiger Abscesse (4) und zu grosser Schmerzhaftigkeit aufgegeben, und später stets das Calomel in reinem Olivenöl suspendirt angewandt. Die Klagen über die nach der Injection auftretenden Schmerzen waren nie bedeutend, nur in einigen wenigen Fällen schienen sie wirklich die Kranken zu belästigen. Ein Unterschied zwischen einer frisch zubereiteten oder einer schon älteren Suspension liess sich weder in Bezug auf Schmerzhaftigkeit, noch auch auf die Häufigkeit der Abscesse constatiren, es schien sogar, als ob die frisch zubereiteten Suspensionen reizender wirkten. Die nach der Injection entstehenden Verhärtungen zeigten eine ziemlich diffuse Ausbreitung und schwanden im Verlaufe von circa 2 Wochen.

Wir haben bei 64 Patienten: 42 Frauen, 19 Männern und 3 Kindern, im Ganzen 294 Injectionen gemacht, von denen 15 abscedirten und zwar vertheilen sich dieselben auf 11 Personen: 8 Frauen, 1 Mann und 3 Kinder. Sehe ich von den 4 Abscessen ab, die nach Calomelglycerininjectionen entstanden, so erhielten wir bei den später angewandten Calomel-Olivenölsuspensionen nur 11 *Abscesse bei* 28 *Einspritzungen* = 3,8 %. An diesen 11 Vereiterungen participiren die 3 Kinder, welche schon auf einer anderen Klinik mit Einreibungen behandelt worden waren und bei uns nur noch zur Beendigung der Cur in Summa 9 Einspritzungen von je einer halben Spritze erhielten, mit der Zahl von 5 Abscessen. Diese 3 Kinder im Alter von 3, 5 und 9 Jahren kamen gleichzeitig in Behandlung, waren semitischer Abstammung und wurden von ihrer Mutter höchst unsauber gehalten. Bei der Injection selbst waren dieselben wegen des dabei nothwendig zu verursachenden kleinen Schmerzes so unruhig, dass jene kaum schulgemäss ausgeführt werden konnte. Ein Urtheil über die Zulässigkeit der Calomelinjectionen bei Kindern konnten wir uns natürlich aus diesen 3 Fällen nicht bilden. Ziehe ich nun diese 9 Injectionen mit 5 Vereiterungen bei Kindern von den mit Calomelöl gemachten Einspritzungen ab, so **resultirten für erwachsene Personen 6 Abscesse bei 274 Injectionen = 2,2 %**, eine Zahl, welche gewiss nicht die Anwendung dieser Art Injectionen für die Therapie der Lues verbietet. Bei diesem Procentsatze von Vereiterungen darf ausserdem nicht ausser Acht gelassen werden, dass bei Weitem die grösste Zahl der behandelten Kranken zur Frauenabtheilung gehörte, die im hiesigen Bezirkshospital fast ausschliesslich von Prostituirten gebildet wird, welche meist im Alter von 16—20 Jahren sich syphilitisch inficiren und dann durch ihren stark ausgebildeten und straffen Panniculus adiposus erfahrungsgemäss die denkbar günstigsten Bedingungen für die Entstehung von Abscessen bieten. Von den 19 behandelten männlichen Individuen wurden nur bei einem Vereiterungen beobachtet.

Was die Dauer der Behandlung anbetrifft, so betrug sie durchschnittlich 4 Wochen, mit 5 Injectionen; nur in einem Falle erhielt eine Patientin 8 Injectionen. Es handelte sich bei ihr um sehr ausgebreitete Condylome und nussgrosse Papeln an den Geschlechtstheilen. In den Fällen, wo es sich um ein ganz leichtes Recidiv, oder um Fortsetzung einer schon mit anderen Mitteln begonnenen Mercurialcur handelte, genügten 2—3 Injectionen, um die Symptome der Syphilis vollständig zum Schwinden zu bringen.

Die meisten unserer Patienten boten das Bild einer ausgesprochenen secundären Lues: Sclerose, Drüsenschwellung, maculöse und papulöse Syphilide der Haut, Condylomata lata, Psoriasis palmaris et plantaris, Plaques muqueuses des Rachens. Kranke im tertiären Stadium mit gummösen Geschwüren an den Extremitäten, dem Gesicht, der Nase, dem harten Gaumen und dem Kehlkopf sind nur wenige bei uns behandelt worden. Eine genaue Angabe, wie viele von den Patienten sich zum ersten Male einer antisyphilitischen Behandlung unterzogen, möchte ich nicht machen, da unser Krankenmaterial sich hauptsächlich aus den Prostituirten und Arrestanten, deren Unzuverlässigkeit in Bezug auf anamnestische Angaben genügend bekannt ist, zusammensetzt. Ich beschränke mich daher auf die Angabe, dass circa ein Drittel der Erkrankten zum ersten Mal antisyphilitisch behandelt wurden.

Nach unseren Erfahrungen wirkten die Calomelinjectionen am promptesten, wenn die Symptome des II. Stadiums der Lues deutlich ausgesprochen waren. Hatten wir es aber mit einer bedeutenden Initialsclerose und deutlichen Drüsenschwellung zu thun, zu einer Zeit, wo noch keine weiteren Allgemeinsymptome aufgetreten waren, so war die Wirkung eine mehr langsame, verzögerte und der Ausbruch des Exanthems wurde in einigen Fällen doch nicht verhindert. Wir haben desshalb auch in den Fällen mit deutlicher Sclerose und Drüsenschwellung, sobald es nur irgendwie die Verhältnisse erlaubten, mit dem Beginne der Allgemeinbehandlung bis zum Ausbruch des Exanthems gewartet. Dabei haben wir die Erfahrung gemacht, dass sowohl die Zeit des Aufenthaltes der Patienten im Hospital kürzer wurde, als auch dass dieselben weniger Injectionen bis zum Schwinden der syphilitischen Symptome bedurften. Ich möchte an dieser

Stelle noch hinzufügen, dass neben der Allgemeinbehandlung, Condylome, Ulcera, Plaques etc. auch local behandelt wurden. Die von anderen Klinikern beobachteten Einwirkungen des Calomels auf den Gesammtorganismus, wie: Kopfschmerzen, Mattigkeit, Fieber, Diarrhöen, kolikartige Schmerzen habe ich nicht Gelegenheit gehabt zu beobachten und glaube, dass diese üblen Nachwirkungen nur selten auftreten. Stomatitis und Salivation traten nur bei 8 Patienten ein und waren dieselben nie sehr hochgradig, so dass nach einer kurzen Pause wiederum die Einspritzungen aufgenommen werden konnten. Ueber die Häufigkeit der Recidive kann ich nur wenig aussagen, da es erst ein Jahr her ist, dass wir mit den Calomelinjectionen begonnen haben, andererseits aber auch unsere gewesenen Kranken ihren Aufenthaltsort häufig wechseln und sich der weiteren Beobachtung entziehen. Von 3 Kranken möchte ich, da sie wiederholt zur Behandlung gekommen, kurz die Krankengeschichte referiren:

R. D., 17 a. n., Puella publica, ist früher schon antisyphilitisch behandelt worden, hat augenblicklich Plaques muq. auf beiden Tonsillen, Drüsen geschwellt. Nach drei Injectionen Plaques geschwunden, nach noch 2 weiteren Injectionen wird Pat. entlassen. Nach 6 Monaten Recidiv: Plaques muq. auf den Tonsillen. Pat. erhält 5 Injectionen. Nach 2 Einspritzungen Plaques geschwunden. Nach 3 Monaten wird Pat. wegen einer kleinen Erosion an der hinteren Commissur nochmals in Behandlung genommen, erhält 2 Calomelinjectionen und wird entlassen 15. August 1888.

J. S., 18 a. n., Prostituirte, behauptet noch niemals krank gewesen zu sein. Multiple breite Condylome an den Geschlechtstheilen und am Anus, Plaques auf den Tonsillen, Drüsen geschwellt. Pat. erhält 5 Calomelinjectionen, nach 2 Einspritzungen sind die Plaques, nach weiteren 2 Injectionen alle Condylome geschwunden. Nach 3½ Monaten Recidiv: Plaques auf den Tonsillen, welche nach 2 Injectionen vergangen sind. Sie erhält noch 2 weitere Injectionen und wird dann aus der Behandlung entlassen. Nach 6½ Monaten ein kleines Recidiv, flaches Condylom an der rechten grossen Labie. — Patientin befindet sich augenblicklich in Behandlung.

E. B., 17 a. n. Hochgradiges Erythema, Plaques muqueuses im Rachen, multiple Condylomata lata um den After und an den Geschlechtstheilen. Drüsen geschwellt; Plaques mit der zweiten Injection geschwunden, Condylome nach der vierten. Pat. erhält noch zwei Injectionen und wird dann entlassen. Nach 4½ Monaten kommt E. B. wieder in Behandlung, weil sie in letzter Zeit an häufigen epileptischen Anfällen gelitten hat. In der Kindheit will sie an leichten epileptoiden Schwindelanfällen gelitten haben. Vor 2 Jahren sind wahre epileptische Krämpfe aufgetreten, aber nur 2 Mal; im folgenden Jahre sind dann noch ein paar Anfälle erfolgt, während in letzter Zeit die Anfälle sich gehäuft haben. An den Geschlechtstheilen ausser einer leichten Schwellung und Infiltration der rechten grossen Labie keine pathologischen Erscheinungen. Pat. erhält 2 Injectionen und da die epileptischen Krämpfe sich nicht wiederholen, wird sie auf ihren Wunsch entlassen 11. Juli 1888.

Soll ich nun zum Schluss unsere Meinung über die Verwerthbarkeit der Calomelinjectionen zur Behandlung der Syphilis aussprechen, so glaube ich sagen zu dürfen, dass dieselben wohl geeignet sind die Symptome der Lues zum Schwinden zu bringen und dass weder die dabei auftretenden Schmerzen, noch auch der Procentsatz an Abscessen eine Contraindication für den Gebrauch derselben abgeben. Was die Wirksamkeit der Methode betrifft, so steht sie nach unseren Erfahrungen kaum hinter der der Inunctionscur zurück. Die Erscheinungen schwinden *vielleicht* bei den Calomelinjectionen etwas langsamer. In den wenigen Fällen, wo wir den weiteren Verlauf der Krankheit haben beobachten können, folgten die Recidive nach Calomelinjectionen weder langsamer noch später, als solches auch nach der Inunctionscur beobachtet wird. Der curative Erfolg der Calomelinjection ist daher als befriedigend zu bezeichnen und wenn auch die Inunctionscur in der Privatpraxis schon aus dem Grunde vielfach vorgezogen wird, weil sie keine Schmerzen verursacht, so glauben wir doch, dass in kleinen und ärmlich eingerichteten Spitälern die Injectionscur jedenfalls wird vorgezogen werden müssen, weil sie kein so grosses Wartepersonal und eine viel geringere Controlle der Patienten beansprucht. Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass auch in den Fällen, wo Abscesse eintraten, der Heilerfolg der Injectionen nicht wesentlich gemindert wurde.

Referate.

J. J. Nassilow: Oesophagotomia et resectio oesophagi endothoracicae. (Wr. № 25. 1888).

Verf. beantwortet sich die Frage, ob beim gegenwärtigen Stande der Chirurgie es möglich sei, in das Thoraxinnere einzudringen behufs Entfernung eines Fremdkörpers oder Exstirpation eines Krebses des Oesophagus, wenn der letztere nicht zu ausgebreitet und noch nicht auf die Nachbarorgane übergegangen ist, in positiver Weise und empfiehlt ein solches Vorgehen mittelst Resection von 4 Rippen vom Rücken aus.

Lage auf dem Bauche mit etwas erhobenen, unteren Extremitäten. Schnitt eine Handbreit vom Rückgrat entfernt, diesem und dem hinteren Scapularrande parallel durch die ganze Dicke der Gewebe bis auf die Rippen. Bildung eines viereckigen Lappens durch Horizontalschnitte von den Enden der Schnittlinie zur Wirbelsäule. Nach Abheben dieses Lappens Resection von 4 Rippen, jeder einzeln, um das Periost zu schonen. Je näher die Resection zur Wirbelsäule gemacht wird, um so bequemer ist der Zutritt in das hintere Mediastinum. Die obere Hälfte des Oesophagus wird bequemer durch Resection der 3.–6. Rippe links, die untere durch Resection der tiefen Rippen rechts erreicht, in Folge der anatomischen Lage des Oesophagus.

Durch vorsichtiges Abheben der Pleura gelangt man in das Mediastinum. Es kommt jetzt die Brustaorta und rechts von ihr der Oesophagus, der durch Palpation oder durch eine eingeführte Sonde als solcher erkannt wird, zum Vorschein. Es folgt nun die Isolirung des Oesophagus im Zellgewebe, in dem die Aorta, die Vv. azygos und hemiazygos, die Vagi und der Duct. thoracicus liegen, mittelst anatomischer Pincette und Hohlsonde oder mittelst zweier anatomischer Pincetten. Dann wird unter den Oesophagus der stumpfe Langenbeck'sche Haken unter Beachtung der Vagi herumgeführt und oberhalb und unterhalb der zur Exstirpation zu machenden Schnitte mittelst einer krummen Nadel lange Seidenfäden in den Oesophagus eingeführt. Bei Fremdkörpern braucht der Oesophagus nur mit Hakenpincetten gefasst zu werden, ebenso bei Narbenstricturen, um einen Längsschnitt zu machen. Zum Schluss die Naht des Oesophagus und die der äusseren Wunde.

Schwierig ist nur die Naht, wobei Verf. der von Czerny den Vorzug giebt; bei einfachem Längsschnitte genügt vollständig die Knopfnaht, wie sich aus einem Versuche am Hunde ergeben hat.

Bezüglich grösserer Neubildungen, über 3 Ctm. gross, beantwortet Verf. die Frage, was dann gethan werden solle, mit den Worten: «Wenn das Neugebilde die obere Hälfte des Oesophagus einnimmt, so scheint es in einem solchen Falle erlaubt, den Oesophagus unterhalb des Neugebildes zu trennen und ihn in die äussere Wunde einzunähen». N.

Prof. Th. Leber: Eine neue Entzündungstheorie. (Wiener Medicin. Blätter XI. Jahrg. № 27.) [1]

Prof. Leber schlägt eine neue Entzündungstheorie vor, im Gegensatz zu der allgemein anerkannten Annahme, dass es ohne Mikroorganismen keine Eiterung gebe. Leber fand nämlich, dass nach Injection in die vordere Augenkammer einer Aufschwemmung des Staphylokokkus aureus, dessen Vorhandensein bei allen Eiterungsprocessen allgemein anerkannt ist, selbst dann eine heftige eitrige Entzündung des Auges eintrat, wenn die Cultur durch stundenlanges Kochen in strömendem Dampfe sterilisirt worden war; dieser Entzündung fehlte jedoch, zum Unterschiede von der durch Einspritzung lebender Kokken erzeugten, die Fähigkeit sich weiter über die Injectionsstelle hinaus auszubreiten, auch gelangte sie bald zur Heilung. Daraus war zu schliessen, dass auch in den abgetödteten Kokken ein Gift enthalten ist, das entzündungserregend wirkt. L. bemühte sich nun, diese wirksame Substanz zu isoliren. Es wurden zunächst wässerige Auszüge des Staphylokokkus hergestellt und durch geeignete Filtration kokkenfrei gemacht; der Rückstand derselben erzeugte bei Injection in die vordere Kammer lebhafte Entzündung und Eiterung, die in noch höherem Grade bei Versuchen mit den alcoholischen Extracten eintrat. Unter erheblichen Schwierigkeiten gelang es endlich L. eine krystallinische Substanz zu isoliren, die von ihm wegen ihrer eigenthümlichen Wirkung Phlogosin benannt wurde. Eine genaue chemische Analyse dieser Substanz existirt nicht. Sie enthält keinen Stickstoff und Alkaloidreactionen fielen mit den meisten Agentien negativ aus. Bei Betupfen von chemisch reinem Silber und anderen Metallen mit der Phlogosinlösung entstand ein dunkelbrauner, unabwischbarer Fleck. In Alcohol und Aether ist das Phlogosin leicht, in kaltem Wasser schwerer löslich und krystallisirt aus seinen Lösungen in feinen Nadeln heraus. Schon nach seinem chemischen Verhalten kann der von Leber dargestellte Körper nicht mit dem vor einigen Jahren von Brieger aus den Staphylokokken gewonnenen Ptomain identificirt werden. Letzteres erzeugt bei Injection keine Eiterung. Das Phlogosin aber ist ein Körper, der local intensive Entzündung und Eiterung erzeugt. Schon bei Injection minimaler Quantitäten unter die Conjunctiva tritt in kurzer Zeit starke entzündliche Schwellung und bis zum nächsten

[1] Gräfe's Archiv, Bd. XXVIII, pag. 237. Transactions of the III. international medic. Congress. Vol. IV, pag. 15. Fortschritte der Medicin, Bd. VI, pag. 460.

Tage locale Eiterung und Nekrose ein; wird aber mittelst eines feinen Röhrchens etwas Phlogosin in die vordere Augenkammer gebracht, so kommt es zu heftiger eitriger Keratoiritis. Auf Grund von Versuchen mit Phlogosin am Auge (Cornea und vordere Kammer) baut nun L. eine neue Theorie der Entzündung auf, indem er dem Phlogosin die Eigenschaft zuschreibt, die Wanderung der Leucocythen zu beeinflussen, auf dieselben chemotaktisch zu wirken. Den Terminus «chemotaktisch» entlehnt L. der Botanik, welche annimmt, dass gewisse chemische Substanzen chemotaktisch wirken, d. h. die Bewegungsrichtung der Mikroorganismen im Sinne der Anziehung und Abstossung beeinflussen (W. Engelmann, W. Pfeffer). L. führte feine Röhrchen, die eine minimale Menge Phlogosin enthielten, in die vordere Augenkammer ein; diese füllte sich nach kurzer Zeit mit Eiter an, während sonst im Auge nichts von Eiter zu bemerken war. Bei starker Wirkung zeigten sich die Röhrchen von eitrigem Exsudat umhüllt. Röhrchen mit destillirtem Wasser zeigten nur Spuren von Einlagerung. Auch wenig differente Substanzen waren in gewissem Grade wirksam. L., auf dem Boden der Auswanderungstheorie Cohnheim's stehend, vermuthet, dass das Phlogosin die weissen Blutkörperchen anziehe, sie zur Auswanderung nach dem Entzündungsherde veranlasse, wo denselben eine doppelte Aufgabe zufalle; sie hätten daselbst einerseits im Sinne der Phagocyten Metschnikow's und andererseits histolytisch zu wirken, indem sie die nekrotischen Gewebssubstanzen des Entzündungsherdes auflösen oder förmlich verdauen. Die Entzündung liesse sich daher als ein zweckmässiger Vorgang auffassen, der in einer Gegenwirkung des Organismus gegen äussere Schädlichkeiten besteht, die durch die chemotaktische Attraction und Auswanderung der weissen Blutkörperchen, die dann alle Schädlichkeiten forträumen, zu Stande kommt. —ss.

A. Fiedler: Zur Weil'schen Krankheit. (Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 42, Heft 4).

Verf. beobachtete in den Jahren 1876—83 auf seiner Abtheilung im Stadtkrankenhause zu Dresden 13 Fälle, welche einen der von Weil im Jahre 1886 beschriebenen Krankheit analogen Symptomencomplex darboten. Es waren hauptsächlich Männer im Blüthealter von der Krankheit befallen (12 Männer und eine Frau) und zwar waren 9 von diesen Fleischergehülfen. Die Krankheit begann ganz plötzlich ohne Prodromalerscheinungen, meist mit Schüttelfrost, heftigem Kopfschmerz und Fieber, welches einen typischen Verlauf hatte und 8 bis 10 Tage dauerte. Zuweilen trat nach dem Temperaturabfall, der staffelförmig erfolgte, ein Fieberrelaps ein. Der Puls war anfangs frequent, später subnormal. Ausser dem Fieber und dem Kopfschmerz bestanden noch constant gastrische Erscheinungen, Icterus und intensive Muskelschmerzen, besonders in den Wadenmuskeln. Milz und Leber waren häufig geschwollen, jedoch nicht allemal. Der Unterleib wurde in der Lebergegend druckempfindlich gefunden. Nephritis wurde bei der Krankheit oftmals beobachtet.

Während Weil diese Krankheit für eine besondere Art von Typhus abdominalis abortivus hält und sie als «einheimisches biliöses Typhoid» bezeichnet, ist Verf. der Ansicht, dass es sich um einen Morbus sui generis handele. Gegen die Identificirung der beiden Krankheiten scheinen dem Verf. der schon am 2. oder 3. Tage auftretende intensive Icterus mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber zu sprechen, eine Complication, welche bei typhöser Erkrankung immer erst in späterer Zeit, in der zweiten Periode der Krankheit auftritt, ferner der ebenfalls am 1. oder 2. Tage der Erkrankung auftretende heftige, grösstentheils in der Wadenmuskulatur localisirte Schmerz. Für diese beiden Symptome, für den Icterus sowohl, wie für die Muskelschmerzen glaubt Verf. eine gemeinschaftliche Krankheitsursache annehmen zu müssen. Gegen die Typhusdiagnose führt Verf. auch das Fehlen jedweder catarrhalischen Erscheinung von Seiten der Lunge an, sowie den ganz typischen Fieberverlauf und die Pulsfrequenz, welche in den meisten Fällen so bedeutend war, wie man sie bei Typhen, die in 10 Tagen fieberfrei sind, nicht beobachtet, endlich noch den Umstand, dass Milzvergrösserung nicht in allen Fällen vorhanden war.

Die Thatsache, dass unter den 12 männlichen Kranken 9 Fleischer waren, macht es dem Verf. wahrscheinlich, dass die Fleischer in höherem Grade oder leichter von derjenigen Schädlichkeit, welche die Krankheit verursacht, getroffen würden, als andere Personen.

J. Taube (Moskau).

E. Hahn: Eine Operationsmethode die Gefahren der Darmresection zu verringern. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. № 26).

Sobald an incarcerirten Brüchen sich ausgesprochene Gangrän der eingeklemmten Schlinge gebildet hat, pflegen auch die Umhüllungen des gangränösen Eingeweides in der Regel in einem phlegmonösen und hochgradig inficirten Zustande zu sein. Wird nun nach Freilegung der gangränösen Schlinge zur Darmresection und Enterorraphie geschritten, so lässt sich, bei der nothwendigen längeren Dauer der Operation, eine Infection der Bauchhöhle oder der Resectionswunden des Darmes durch Contact mit der meist jauchigen Weichtheilwunde nur schwer vermeiden. Um diesen Gefahren möglichst aus dem Wege zu gehen und die bisher allgemein als sehr ungünstig anerkannten Resultate der Darmresection bei gangränösen Hernien zu verbessern, empfiehlt Verf. folgendes von ihm mehrfach mit Erfolg geübtes Verfahren.

Nach Erweiterung der Bruchpforte wird der Darm hervorgezogen, peripher und central von der gangränösen Partie unterbunden und letztere resecirt. Alsdann werden die Darmenden gründlich desinficirt, in die Darmlumina bis zur Unterbindungsstelle Jodoformgaze gesteckt und diese durch je einen Faden vor dem Herausfallen gesichert; die Fäden werden einstweilen lang gelassen und zusammengeknüpft. — Jetzt wird in der Linea alba eine Incision von 6—8 Cm. Länge gemacht, welche die Radix mesenterii so schneidet, dass die Hälfte des Incisionsschnittes oberhalb, die andere Hälfte unterhalb des Kreuzungspunctes mit der Radix mesenterii zu liegen kommt (man beginnt zu diesem Zweck die Incision etwas unterhalb des Nabels und endigt sie dicht oberhalb einer Linie, die man sich von einer Spina il. ant. sup. zur anderen gezogen denkt). Die Peritonealhöhle wird in der Ausdehnung der Hautincision eröffnet, durch die Oeffnung eine Kornzange eingeführt, vermittelst ihrer die geknüpften, lang gelassenen Fadenenden gefasst und die resecirten Darmenden zur Incisionswunde herausgeleitet. Die alte Bauchöffnung wird nach erfolgter Reinigung sogleich mit Jodoformgaze ausgestopft. Nun erfolgt an den durch die Wunde in der Linea alba herausgeleiteten, resecirten Darmenden die genaue und erleichterte Prüfung sowohl des centralen wie peripheren Darmendes und Mesenteriums, und die nach den pathologischen Befunden erforderlichen operativen Eingriffe. Hierauf wird die Darmnaht angelegt (Verf. verwendet hiezu stets Seide; die Schleimhautnaht legt er als fortlaufende an, und fügt derselben erst nach Abnahme der Klammern und genauer Blutstillung die Lambert'sche Naht hinzu).

Zu den Vortheilen dieser Methode zählt Hahn: 1) die Möglichkeit einer genauen Controlle des erkrankten Darmes und Mesenteriums; 2) die erleichterte Resection und Darmnaht; 3) die grössere Sicherheit eine Infection von der Wunde aus zu vermeiden. Um die Gefahren zu beseitigen, welche eine mangelhafte Sufficienz der Darmnaht an dem in die Bauchhöhle versenkten Darmstücke bedingen könnte, verfährt Verf. mit dem genähten Darmtheil in folgender Weise: nach nochmaliger Abspülung mit einer 2 bis 3 proc. Carbollösung wird vermittelst einer Kornzange gerade unter der Nahtstelle ein schmaler Jodoformgazestreifen hindurchgeführt, so dass der Darm gewissermaassen auf demselben reitet; oder man führt von beiden Seiten des Darmes je einen Jodoformgazestreifen bis zum Mesenterium hinan und stützt den Darm auf diese Weise. Nun wird der Darm zwar in die Bauchhöhle gesenkt, doch durch die Jodoformgazestreifen, die aus der Bauchwunde herausragen, ungefähr in der Höhe des Peritoneum parietale fixirt erhalten. Zur Vermeidung eines Darmprolapses bei einem etwaigen Hustenstoss werden noch ca. 3 oberflächliche Hautnähte angelegt und fest über der Jodoformgaze geknüpft. Es liegt also der auf diese Weise durch Jodoformgazestreifen gestützte Darm einerseits in der Bauchhöle, kann aber andererseits genau controllirt werden. Durch dieses Vorgehen erreicht Hahn noch folgende Vortheile: 4) er schafft der Darmnaht Schutz durch die Umhüllung mit Jodoformgaze; 5) sorgt er für sichere Ableitung des Kothes nach aussen im Falle der Insufficienz der Darmnaht.

Ferner schlägt Verf. vor in solchen Fällen von gangränösen Schenkelhernien, wo aus irgend welchen Gründen die Ausführung der primären Darm-Resection und -Naht nicht thunlich sei, die Stelle des Anus arteficialis von der Bruchpforte in die Linea alba zu verlegen. Eine Verwachsung der Darmenden mit der Bauchwand an dieser Stelle würde weniger leicht zu Zerrungen und Strangbildungen innerhalb des Mesenteriums mit ihren gefährlichen Folgeerscheinungen führen, als es bei der Anlöthung des Darmes in einer so fern von der Mesenterialwurzel liegenden Stelle, wie die Cruralgegend, zu erwarten ist. Die Vortheile dieser letzten Operation fasst Hahn in folg. zwei Puncte zusammen: 1) in der Vermeidung einer hochgradigen Abknickung und Circulationsstörung und 2) in der Möglichkeit, den Anus praeternaturalis in der Mittellinie leicht durch die Klammerbehandlung beseitigen zu können. H—g. (Narwa).

J. Gailhard: Sur l'origine équine du tétanus. (L'union médicale. № 91. 1888.)

Dass der Tetanus traumaticus parasitären Ursprungs sei, ist bereits mehrfach behauptet worden, und einige Forscher, — Socin, Verneuil, Berger — traten für die Ansicht ein, der Tetanus entstehe durch Einwanderung einer Mikrobe, die dem Pferde entstamme. In allerletzter Zeit hatte M. Berger hierüber in der Academie de médicine zu Paris Mittheilungen gemacht. Gegen Letzteren wendet sich nun der Marinearzt J. Gailhard mit folgenden kurzen Einwänden: Er habe Tetanus beobachtet an Bord eines Schiffes, das Monate lang auf der Fahrt begriffen war, dessen Mannschaft das Ufer nicht betreten hatte, und wo auf dem ganzen Schiffe sich nichts finden liess, was jemals zu Pferden in Beziehung gestanden. Das Schiff war ganz neu, neu ausgerüstet, und machte die erste Fahrt. Auf hoher See verletzte sich ein Mann derart, dass die Exarticulation des Handgelenkes nothwendig wurde. Bei normalem Heilungsverlaufe trat plötzlich am 16. Tage nach der Verletzung Tetanus auf mit letalem Ausgange. Das Schiff führte aber an Bord einiges Schlachtvieh mit. Sollte dieses die Vermittlerrolle gespielt haben? G. berichtet, dass Polynesien seit langem als Landstrich bekannt sei, wo Tetanus häufig vorkomme — auch auf den Inseln, wo bisher niemals ein Pferd gewesen. G. ist von der *infectiösen und contagiösen Natur des Tetanus* überzeugt. G—n.

H. F. Nicolai (Stabsarzt im Eisenbahn-Regiment): **Das erste Obdach der Kriegsverwundeten.** (Deutsche Militär-Aerztliche Zeitschr. 1888. Heft 7. Mit 3 Tafeln).

Nachdem Verf. die verschiedenen Arten von Zelten, die den Soldaten und Sanitäts-Anstalten der europäischen Armeen beigegeben sind, besprochen hat, dabei sehr eingehend besonders die russ. Armee berücksichtigt und den Improvisationen in derselben während des letzten Feldzugs (1877—78) Beachtung geschenkt hat, ersucht er das von ihm erfundene und in 15 Bivouaken, während 5 Manövern erprobte Zelt einer Prüfung zu unterziehen. «Dasselbe unterscheidet sich von anderen dachförmigen Zelten nur dadurch, dass die Stirnseite keinen Schlitz als Eingang hat, sondern dass beide Stirnseiten auf einer Seite an die eine Dachseite angenäht sind, während die andere Dachfläche mit den Stirnseiten durch Schnallen verbunden wird. Das Gerüst besteht aus 2 Giebelstangen und einer Firststange, sämmtlich 2-theilig und mittelst Gasrohrhülsen zusammenzustecken. Das Zelt kann dadurch leicht seitlich zugänglich gemacht werden und würde mit einer Giebelbasis von 2 M., einer Höhe von 1,80 M. und Länge von 3 M. genügend Raum für 4 Kranke mit 75 Cm., oder 5 Kranke mit 60 Cm. Raumbreite bieten. Zu empfehlen für Verbandplätze (Sanitätsdetachements). —i—

Sonnenberger: Die specifische Behandlung des Keuchhustens mit Antipyrin. (Therap. Monatsh. № 8.)

Der vorliegende, recht lange Aufsatz behandelt historisch und klinisch die Geschichte der Anwendung des Antipyrins gegen Keuchhusten; hier seien nur die vom Verf. erlangten vorzüglichen Resultate mitgetheilt, welche ihn veranlassen, das Mittel als Specificum gegen Pertussis zu empfehlen. S. giebt davon ungefähr so viel Centigramme als das Kind Monate, so viel Decigramme als dasselbe Jahre zählt, doch käme man bei älteren Kindern mit geringeren Gaben aus, so dass man einem solchen von 8 Jahren nur 0,5 pro dosi zu geben brauche. Das Mittel wird 3 Mal täglich, am besten nach dem Essen, zuweilen noch 1 Mal in der Nacht gegeben und zwar in Pulverform mit etwas Wasser und Himbeersaft. Verf. betont ausdrücklich, dass es lange, selbst nach Aufhören der Krankheit fortgegeben werden muss und sagt, dass es um so besser wirke, je früher es verabreicht wird. Die Anfälle werden zunächst milder, die Lösung des Schleims wird reichlicher, bald werden sie seltener und hören ganz auf. Unangenehme Nebenwirkungen hat Verf. bei diesen kleinen Gaben sehr selten gesehen. Zur Controle der Wirkung des Mittels räth S. die von Heubner (Verhandl. des VI. Congr. f. innere Med.) vorgeschlagene graphische Darstellung der Anfälle zu machen. Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. Heft II. C. Ricker 1888. (Deutsch und Russisch). Inhalt:

1) Zur Geschichte der St. Petersburger Augenheilanstalt und Organisation der Station, vom Director.
2) Statistik der behandelten Augenkrankheiten und ausgeführten Operationen, von Dr. Th. v. Schröder.
3) Therapeutische und casuistische Mittheilungen zu den Erkrankungen der Cornea, der Sclera, des Uvealtractus, der Retina und des Sehnerven, von Dr. Th. v. Schröder.
4) Zur Behandlung der mit Entropium verbundenen Trichiasis und Distichiasis von Dr. Th. Germann. Hierzu Tafel I—III.

Während das erste, etwa vor Jahresfrist herausgegebene Heft der «Mittheilungen» (cfr. Ref. in dieser Wochenschr. 1887, № 38) die Collegen mit dem Betriebe und dem Materiale der Ambulanz bekannt macht, bezieht sich das vorliegende zweite Heft auf die Thätigkeit der Station. Das vom Director, dem Dr. Grafen Magawly, geschriebene Vorwort giebt ein anschauliches Bild von der stetigen Entwickelung der Anstalt und ihrer gegenwärtigen Organisation. Auf eine ausführliche Wiedergabe der interessanten Skizze verzichtend, wollen wir hier nur einige Daten und Zahlen anführen, die geeignet sind das fortschreitende Gedeihen und die wachsende Bedeutung dieser Specialanstalt, welche zu den grössten und ältesten in Europa gehört, zu illustriren. Nachdem ein im Jahre 1806 von der St. Petersburger medicinisch-philanthropischen Gesellschaft gegründetes Institut für Augenkranke nach kurzem Bestande eingegangen war, trat im Jahre 1824 die jetzige Augenheilanstalt in's Leben; in einer Miethwohnung mit 10 Betten und einem Ambulatorium eröffnet, erwarb die Anstalt im Jahre 1827 ein eigenes Haus, in welchem die Zahl der Betten auf 40 erhöht werden konnte; im Jahre 1840 wurde ein für die Augenheilanstalt bestimmter Neubau in der Mochowaja vollendet, und dieselbe mit 60 Betten in dem Gebäude eröffnet, welches noch heute ihren Zwecken dient. Im Verlaufe der letzten 10 Jahre wurden in der Anstalt behandelt: 150,069 Patienten, davon 11,421 stationär; es wurden in diesem Zeitabschnitte 1,909 Staarextractionen und 2,936 Iridectomien gemacht; bei einem Personaletat von 5 Aerzten und einem Gesammtbestande von 91 Betten sind im Jahre 1887 behandelt worden: 15,895 Kranke, darunter stationär: 1,170. Den Posten eines Directors und Oberarztes der Anstalt hatten inne: Dr. Lerche sen. (1824—1847), Dr. Salomon (1847—1850), Dr. Lerche jun. (1850—1863), Dr. Blessig (1863—1878), Dr. Graf Magawly (seit 1878).

Die reiche, über sehr grosse Zahlen verfügende Statistik der während fünf Jahren (1879—1883) in der Station behandelten Augenkrankheiten und ausgeführten Operationen hier übergehend, wollen wir aus den auf jenen Zeitabschnitt bezüglichen therapeutischen und casuistischen Mittheilungen nur einige wichtige Angaben herausgreifen, die mehr als ein rein specialistisches Interesse haben dürften.

Bei der Behandlung der *Hornhautgeschwüre*, besonders der tiefen, von Hypopyon begleiteten, spielte das Eserin eine hervorragende Rolle, und leistete dasselbe, unterstützt von feuchtwarmem Druckverband vorzügliche Dienste. An Stelle der Paracenthese der vorderen Kammer Zwecks Entleerung des Hypopyon trat immer mehr die Keratotomie nach Saemisch (quere Spaltung der Cornea in der ganzen Ausdehnung des Geschwüres), eine Operation, deren günstige Wirkung auf den Entzündungsprocess wohl der Entspannung des Hornhautgewebes zuzuschreiben ist. Bei der *Keratitis parenchymatosa* wurde wegen des stets vorhandenen Verdachtes auf hereditäre Lues meistens eine Inunctionscur mit Ung. ciner. eingeleitet, die auch in vielen Fällen von unzweifelhaft günstiger Wirkung war; andere Fälle, in welchen jeder Hinweis auf hereditäre Lues fehlte, verliefen auch unter einer localen Behandlung günstig. Die glücklicher Weise seltenen Fälle von *Nekrose der Cornea* in Folge von Inanition erforderten vor Allem Hebung der Ernährung, die leider nicht immer rasch genug zu erreichen war, um die Zerstörung der Hornhaut aufzuhalten. In vier Fällen von totalem *Leukom* der Cornea wurde als Ultimum refugium die Trepanation und Transplantation des durchsichtigen Hornhautgewebes versucht; in zwei Fällen wurde hierzu menschliche Hornhaut von zur Enucleation bestimmten Augen verwandt, in je einem Falle solche von einem Pudel und von einem Kaninchen. Bei der überaus schwierigen, erst neuerdings durch v. Hippel verbesserten Technik dieser Operation und der Unsicherheit ihres Erfolges, wurde nur in einem der mitgetheilten Fälle ein, wenigstens in operativer Hinsicht, befriedigendes Resultat erreicht: das transplantirte, 5 Mm. im Durchmesser haltende Stück menschlicher Hornhaut heilte in das Leukom ein und blieb während zweier Monate transparent.

Zweimal wurde eine hämorrhagische, mit Hyphaema einhergehende *Iritis* bei bestehendem *Scorbut* beobachtet; in einem der Fälle war ausserdem eine hämorrhagische Retinitis vorhanden.

Die *Iritis syphilitica* zeigte in 23% der Fälle das Bild einer gummösen, durch Knötchenbildung in der Iris charakterisirten Entzündung, einmal bei einem Kinde von 10 Monaten; die Behandlung war stets eine mercurielle; subcutane Pilocarpininjectionen erwiesen sich als ziemlich erfolglos. Fälle von *Iridochoroiditis in Folge von Febris recurrens* kommen hier in jedem Jahre und zu sehr verschiedenen Zeiten vor; die Diagnose der vorangegangenen Febr. rec. liess sich aus der Anamnese meist leicht stellen; in drei Fällen liessen die angegebenen Symptome eher auf Typhus schliessen; meist schien die Iridochoroiditis die Folge schwerer Recurrens zu sein; der Termin des letzten Anfalles war leider fast nie genau festzustellen; der grössere Theil der Patienten befand sich noch in der Reconvalescenz, alle waren mehr oder weniger anämisch. Stets trat Besserung oder Genesung ein bei Anwendung von Atropin, Compresse echauffante und localen Blutentziehungen.

Bei der Behandlung der *Retinitis albuminurica* wurden sehr gute Erfolge mit subcutanen Pilocarpin-Injectionen erzielt; die letzteren erscheinen besonders in solchen Fällen indicirt, in denen noch keine bedeutende Herzhypertrophie vorhanden ist, bei gleichzeitig bestehenden Oedemen, während bei starker Herzhypertrophie mit beschleunigtem Puls der Digitalis der Vorzug zu geben ist. *Amblyopie und Amaurose nach Blutverlust*, bedingt durch Neuritis mit Ausgang in Atrophie des Sehnerven, wurde in vier Fällen beobachtet; dreimal handelte es sich dabei um Blutungen aus dem Digestionsapparate (Blutbrechen und blutigen Stuhl), einmal um Nasenbluten. *Hemianopie* kam 5 Mal zur Beobachtung; dieselbe war stets eine laterale, homonyme; in zwei Fällen war sie durch Apoplexie bedingt und mit Hemiplegie der entsprechenden Körperhälfte verbunden. *Embolie der Arteria centralis retinae* wurde in 6 Fällen diagnosticirt; immer war die Erblindung des betroffenen Auges plötzlich eingetreten und war der ophthalmoskopische Befund ein charakteristischer; mit Ausnahme eines Falles, in welchem eine Quelle des Embolus nicht zu finden war, konnte in allen entweder ein Klappenfehler oder Herzhypertrophie und Arteriosclerose nachgewiesen werden.

Den Schluss des Heftes bildet eine ausführliche, durch gute Abbildungen erläuterte Beschreibung eines sehr empfehlenswerthen *Operationsverfahrens zur Beseitigung der mit Entropium verbundenen Trichiasis und Distichiasis*, welches sich in der Praxis der Augenheilanstalt allmälig herausgebildet hat und vorzügliche Resultate liefert. Das Verfahren kann als Snellen-Hotz'sche Operation bezeichnet werden, indem es sowohl die Snellen'sche Knorpelexcision, als die Hotz'sche tiefe Naht (durch die Fascia tarsalis) verwerthet. Die Operation zerfällt in folgende Phasen: 1) Excision eines verschieden breiten Hautstückes, 2) Excision eines keilförmigen Stückes aus dem Tarsusknorpel, 3) tiefe Naht (nach sorgfältiger Abschätzung des Effectes), 4) Hautnaht; unter Umständen kann eine Canthoplastik vorausgeschickt und die Excision dreieckiger Hautstücke an den Lidwinkeln hinzugefügt werden. Die angegebene Methode ist in der Augenheilanstalt während der Jahre 1880—1887 incl. an den oberen und unteren Lidern 1,545 Mal angewandt worden und hat unzweifelhaft weniger Recidive gegeben, als irgend eines der früher geübten Verfahren. Neben der grösseren

Sicherheit vor Recidiven hat die Operation noch den Vorzug, dass sie mit Anwendung eines Lidklemmers bei Blutleere ausgeführt wird, wenig Assistenz erfordert, auch ambulatorisch gemacht werden kann und kosmetisch sehr gut ausfällt. Besonders den Landarzt, dem sich bei uns sicherlich oft genug Gelegenheit bietet, Trichiasis und Distichiasis zu operiren, möchten wir hiermit auf die besprochene Methode dringend aufmerksam machen. B.

1. Prof. A. Gay (Kasan): **Cursus der venerischen Krankheiten.** III. Auflage. Mit 12 Abbildungen im Text. Kasan 1888. Selbstverlag. [А. Ге: Курсъ венерическихъ болѣзней]. 561 Seiten. Russisch.
2. Prof. N. Mansurow (Moskau): **Vorlesungen über venerische Krankheiten.** Theil I. Venerische Krankheiten. Moskau 1888. (Universitäts-Typographie). 162 Seiten. Russ. [Лекція о венерическихъ болѣзняхъ. Часть I. Болѣзни венерическія].
3. Docent E. Finger (Wien): **Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch zum Gebrauch für Studirende und prakt. Aerzte. Mit 4 lith. Tafeln. II. verb. Auflage. Leipzig und Wien 1888. Franz Deuticke. 248 Seiten.

Wenngleich es nahe liegt diese drei fast gleichzeitig erschienenen Handbücher einer vergleichenden Kritik zu unterwerfen, so halten wir es jedoch für praktischer jedes einzeln zu besprechen, ohne Schlussfolgerungen zu ziehen.

Russische Original-Handbücher über venerische Krankheiten giebt es nur wenige. Vor ca. einem Vierteljahrhundert erschienen die Handbücher Prof. Sablozki's, dann nach langer Pause das gegenwärtig in III. Auflage vorliegende Handbuch des Prof. Gay in Kasan, welches wir seiner Zeit eingehend besprochen. Wir freuen uns constatiren zu können, dass einige unserer damaligen Bemerkungen freundliche Berücksichtigung gefunden haben. Die neue Auflage weist grosse Verbesserungen auf, so namentlich, was die Statistik der venerischen Krankheiten anbetrifft. Prof. Gay, der über ein sehr grosses Material verfügt (z. B. 2084 Fälle von Ulcus molle, 3527 — Syphilis condylomatosa etc.), hat durch Einfügung seiner Zahlen dem Buche einen bleibenden, selbständigen Werth verliehen. Interessant ist auch seine Statistik extragenitaler Infection (118 Fälle).

In manchen Capiteln können wir jedoch dem Standpuncte des Vf. nicht ganz beistimmen, so z. B. bezüglich seines Skepticismus wegen der Gonokokken als Ursache der specifischen Urethritis. Seine Argumente gegen die Gonokokken-Infection haben uns nicht überzeugt, denn unsere täglichen mikroskop. Untersuchungen des Trippersecretes lehren uns Anderes, wie ja auch der bei weitem grösste Theil der Venereologen nicht mehr an den Gonokokken zweifelt. — Im Uebrigen ist das Buch gut geschrieben und giebt einen ganz guten Ueberblick, wenngleich wir bei einem *russischen* Handbuche es gern sehen würden, dass die einheimischen Specialarbeiten mehr Berücksichtigung fänden. Im Capitel der Therapie der Syphilis ist Verf. etwas leicht über die sich immer mehr geltend machenden neuen Methoden der tiefen Injectionen unlöslicher Hg.-Präparate weggegangen. Es thut uns leid, dass Vf. nicht angegeben, in wieviel Fällen er das Calomel injicirt hat. Dass die unlöslichen Salze schwächer wirken, wie lösliche, können wir absolut nicht zugeben. Das Hydrargyrum oxydat. flavum hat Vf. garnicht berücksichtigt, obgleich schon mehrere Arbeiten darüber vorliegen. Bei einer IV. Auflage, die sich bei der Verbreitung des G.'schen Handbuches jedenfalls erwarten lässt, wird Verf. gewiss auch diese wenigen Puncte noch zu vervollständigen wissen und ist das Buch auch in der vorliegenden Form empfehlenswerth.

Ganz anders muss leider unser Urtheil über das Büchlein des Moskauer Prof. Mansurow ausfallen. Freilich erklärt sich der Charakter desselben aus der Vorrede des Vf., in welcher er selbst sagt, der Zweck der Herausgabe seiner ‹Vorlesungen› bestehe darin, den Zuhörern einen kurzen, aber möglichst vollständigen Leitfaden zu geben, der dem Examen-Programm entspreche. Offenbar entsprechen die 32 Capitel ebensoviel ‹Examenfragen›. Wenn wir nun auch an einen derartigen Leitfaden (dessen Preis ja auch nur 60 Kop.) nur modificirte Ansprüche stellen, so können wir nicht umhin einige Puncte hervorzuheben, die denn doch etwas merkwürdig erscheinen, zumal der Anfänger die Lehren seines Lehrers auf Treu und Glauben nimmt, denn Literaturangaben (zur Controlle des Dargelegten) fehlen. So giebt Vf. eine ganz neue Beschreibung der Syphilisbacillen. Er sagt pag. 20: Die Farbe der Syphilisbacillen ist dunkelroth oder kirschfarben und sollen sie ‹selbstverständlich› ihre Färbung dem Blutfarbstoff entnehmen (also nicht Kunstfärbung, sic!). Einige Gelehrte (welche, nicht gesagt) behaupten, davon hänge auch die kupferrothe Färbung der syphilit. Exantheme ab. Auf der folgenden Seite (pag. 21) sagt er weiter, unter dem Mikroskop, bei starker Beleuchtung ist die Farbe der Syphilisbacillen hellhimmbeerfarben. Das Blut der Syphilitiker hat oft eine bräunliche Farbe, mit einem Stich in's rostfarbene (Ref. hat das leider im Laufe von 18 Jahren noch kein Mal beobachten können). Ferner erzählt M., dass die Syphilisbacillen Bewegungen vermittelst Wimpern, die an den Enden der ovoiden Sporen sich befinden, ausführen. (Sie sollen, pag. 57, die Grösse von ¼ eines rothen Blutkörperchens besitzen).

Sehen wir nun von der sehr ungleichen Bearbeitung der einzelnen Capitel ab, so müssen wir zum Schluss nur noch Folgendes hervorheben: Zur Behandlung von offenen Bubonen empfiehlt M. — Theersalbe (pag. 35), ob er auch die Awerin'sche Salbe benutzt, ist nicht gesagt. Ferner meint er, die Hg.-Curen bei Spätformen könne man bei uns im nördlichen Klima meist nur im Sommer durchführen (pag. 113), im Herbst und Winter muss Jod gegeben werden. Schlammbäder könne man (pag. 115) nur bei Pat. mit kräftiger Körperconstitution anwenden (was meinen wohl unsere Badeärzte dazu?). Die neuen Behandlungsmethoden finden beim Vf. keine besondere Aufnahme, und hat er sich nicht ein Mal die Mühe gegeben, sie genau zu reproduciren. So vindicirt er Watraczewski (pag. 107) die Methode, dass derselbe *Calomel zu 4 Gran I Mal wöchentlich* injicirt. Derselbe wird gewiss dagegen protestiren. Mansurow selbst bemerkt dazu harmlos, diese Methode sei erst kürzlich vorgeschlagen, ‹aber grosse Dosen — 8 Gran auf 1 Mal einmal wöchentlich, macht starke Stomatitis›. Wo stammt denn ein derartiger Vorschlag her? Uns ist er unbekannt und muss man auf's Aeusserste vor derartigem Missbrauch warnen.

Nun noch ein unklarer Punct: Auf dem Titel steht ‹Theil I, Venerische Krankheiten›, folglich muss man doch noch einen Theil II erwarten. Da nun aber Vf. im Theil I bereits in den beiden ersten Capiteln die Geschichte und Verbreitung der Syphilis, sowie dessen Contagium besprochen, darauf das Ulcus molle, die ganze Syphilis-Pathologie und Therapie und schliesslich noch die Urethritis, so wissen wir absolut nicht, was der Theil II noch bringen wird. Wenn für die Moskauer Studenten, um Examen zu machen, das vorliegende Buch offenbar nöthig ist, so können wir Anderen jedenfalls nicht dazu rathen.

Das ‹kurzgefasste Lehrbuch› des Wiener Docenten Finger hat, nachdem es 1885 zuerst erschienen, bereits eine II. Auflage erlebt. Das ist schon an und für sich ein Zeichen, dass es viel Anhänger gefunden, obgleich wir so vorzügliche deutsche Handbücher, wie das Lang'sche besitzen. Und in der That können wir uns über das Finger'sche Buch nur äusserst anerkennend aussprechen, namentlich in seiner jetzigen Fassung. In kurzer, präciser Form giebt es einen klaren Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Lehre von den venerischen Krankheiten, wobei es auf Schritt und Tritt hervorleuchtet, dass Vf. reiche, eigene Erfahrung besitzt und es verstanden hat, das Material Wien's zu selbständigen Arbeiten und eigenen Anschauungen zu verwerthen. Nur scheint es uns wünschenswerth, dass er bei der III. Auflage, die gewiss bald nöthig werden wird, das Capitel über Ulcus molle etwas ausführlicher behandele. Es braucht der Umfang des Buches sich dadurch garnicht zu vergrössern (einen besonderen Vorzug sehen wir gerade in der compendiösen Form), denn in anderer Hinsicht ist wiederum Manches zu kürzen; so ist das Capitel über syphilit. Augenleiden (von Dr. Dimmer bearbeitet) verhältnissmässig zu lang gerathen. Ferner wäre es sehr wünschenswerth mit der alten Tradition zu brechen, laut welcher noch immer eine Anzahl, selbst ganz einfacher Mittel in Receptform gedruckt werden, wie z. B.:

Rp. Cupri sulf. 3,0.
Aq. destill. 30,0 etc.

Man erspart Raum zu Besserem, wenn es einfach heisst: Cuprum sulf. Lösung (1:10 Aq.).

In der nächsten Auflage werden wir gewiss auch die Frage der Injection unlöslicher Hg.-Salze ausführlicher besprochen finden, in der gegenwärtigen Auflage ist dieses wichtige Capitel zu kurz behandelt und nicht einmal der Unterschied subcutaner und tiefer Injection hervorgehoben. Auch hier vermissen wir die Erwähnung des Hg. oxyd. flavum (trotz Besnier und Watraczewski), welches durch die Arbeit Reschetnikow's erhöhte Bedeutung erhalten hat.

Das Buch Finger's ist äusserst empfehlenswerth, namentlich für den prakt. Arzt, der sich anderen Specialitäten gewidmet hat, doch liest es auch der Specialarzt mit Vergnügen. P.

Vermischtes.

— Am 14. October beging der Oberarzt des hiesigen städtischen Obuchowhospitals, Geheimrath F. Herrmann, das seltene *Fest der goldenen Hochzeit*. Der Jubilar wirkt bereits seit 55 Jahren am Obuchowhospital als Arzt und zwar die letzten 26 Jahre als Oberarzt dieses Hospitals; er ist somit gegenwärtig der älteste Oberarzt St. Petersburgs.

— Der Professor der Psychiatrie an der hiesigen militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath J. P. Mierzejewski, feierte am 16. October sein *25-jähriges Dienstjubiläum*, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Adressen und Glückwunschtelegramme, unter Anderem auch von Prof. Charcot aus Paris und Prof. W. Gruber aus Wien, zugingen. Ein Diner im Restaurant Cubat beschloss die Feier.

— Am 1. November dieses Jahres feiert das *Ambulatorium der philanthropischen Gesellschaft* (Gr. Podjatscheskaja 38) das Fest seines *25-jährigen Bestehens*, und wird zu diesem Zwecke um 2 Uhr desselben Tages in der Anstalt ein feierlicher Gottesdienst abgehalten werden, nach welchem der Director die Deputationsgratulationen empfangen wird.

Zu gleicher Zeit vollenden sich *25 Jahre der Wirksamkeit* des Dr. Ebermann an dieser Anstalt, und beabsichtigen seine Collegen

ihm zu Ehren ein Subscriptionsdiner am 6. November 5½ Uhr im Restaurant Contant zu veranstalten. Anmeldungen zu demselben werden täglich von 10—2 Uhr in der Anstalt persönlich und brieflich angenommen.

— Dr. D. Wjerushski hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für interne Medicin habilitirt.*

— Der Moskauer Kliniker Prof. Sacharjin wurde vor einiger Zeit zu einer Consultation zu dem kranken (inzwischen verstorbenen) Millionär Israel *Brodski* nach Kiew berufen und soll, einem dortigen Blatt zufolge, für einen Tag Aufenthalt beim Kranken ein Honorar von 6000 Rbl. erhalten haben. Wie der «Wratsch» nun aus Kiew erfährt, haben die beiden Kiewer Professoren, welche den Kranken behandelten, sich geweigert an der Consultation theilzunehmen, weil Prof. Sacharjin ohne ihr Wissen berufen worden war.

— Die *Gesellschaft der Astrachanschen Aerzte* hat, um das Andenken und die Verdienste des verstorbenen Directors des Medicinal-Departements, Dr. N. Mamonow, zu ehren, beschlossen, eine Sammlung von Beiträgen zur Stiftung eines Capitals auf seinen Namen bei der medicinischen Unterstützungscasse zu veranstalten. Die erste Sammlung in der Sitzung hat nur 40 Rbl. ergeben. (Wr.).

— *Ernannt*: Der Prosector und ältere Ordinator am Kronstädter Marinehospital, Staatsrath Lukin — zum Gehülfen des Oberarztes dieses Hospitals.

— *Verstorben*: 1) Der Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Dr. E. Bogdanowski, dessen Tod wir in der vorigen Nummer bereits gemeldet haben, war i. J. 1833 als Sohn eines armen Geistlichen im Gouvernement Mohilew geboren und erhielt seine medicinische Ausbildung an oben genannter Academie, an welcher er i. J. 1858 den Cursus mit Auszeichnung absolvirte. Nachdem er bald darauf die Doctorwürde erlangt und dann noch zwei Jahre behufs weiterer Vervollkommnung an ausländischen Universitäten studirt hatte, wurde er zum Professor-Adjunct und später zum ordentlichen Professor der Chirurgie ernannt und ihm zugleich die Leitung der chirurgischen Hospitalklinik an der medico-chirurgischen Academie übertragen. Mitten in der Thätigkeit, während er eine Operation in seiner Klinik leitete, machte eine Ruptur des Aneurysma aortae, an welchem er seit längerer Zeit litt, seinem Leben ein jähes Ende. Aus Bogdanowski's Schule ist eine stattliche Anzahl russischer Chirurgen hervorgegangen, von denen gegenwärtig einige als Docenten, andere als praktische Chirurgen wirken. Der Hingeschiedene ist auch literärisch thätig gewesen. Von den grösseren Arbeiten nennen wir seine «Lehre von den Gelenkresectionen» und «Die Steinkrankheit» (St. Petersburg 1887); ausserdem hat der Verstorbene mehrere Artikel in dem schon vor mehreren Jahren eingegangenen «Medicinski Westnik» veröffentlicht, dessen Mitredacteur er einige Zeit war. 2) In St. Petersburg am 10. Oct. der frühere Stadttheilsarzt B. Hering in hohem Alter. H. war Homöopath. 3) In Ossa (Gouv. Perm) der Landschaftsarzt M. Podarin. Der Verstorbene hatte in Kasan studirt und war dort einige Zeit Assistent der chirurg. Universitätsklinik. 4) Am 8. Oct. in Omsk der Militär-Medicinalinspector des dortigen Militärbezirks, Geheimrath M. Ssokolow. Nach Absolvirung des Cursus in Moskau i. J. 1843 trat S. in den Militär-Medicinaldienst, gab diesen aber in den 50ger Jahren auf und bekleidete längere Zeit eine hervorragende Stellung im Civilressort in Sibirien. Im Jahre 1863 trat er wieder in den Medicinaldienst und war successive Divisionsarzt, Oberarzt des Kiew'schen Militärhospitals und seit 1876 Inspector des Omskischen Militärbezirks. Der Verstorbene ist auch vielfach literärisch thätig gewesen. 5) In Odessa der dortige Arzt L. Galka. 6) In Prag Dr. D. Porges, langjähriger Badearzt (Homöopath) in Karlsbad, im 82. Lebensjahre. 7) Am 17. Oct. verschied in Dorpat der Oeselsche Kreisarzt, Collegienrath Dr. Edelhard Friedrich Grewingk, nach langer Krankheit im Alter von nahezu 72 Jahren. Der Hingeschiedene war in Fellin (Livland) geboren, erhielt seine Schulbildung im Dorpatschen Gymnasium und bezog im J. 1834 die Universität Dorpat, wo er bis 1838 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens im J. 1842 wurde G. anfangs Arzt am Arbeiterhospital in St. Petersburg, siedelte aber bald nach Walk über, wo er eine Reihe von Jahren das Amt eines Kreisarztes bekleidete. Nachdem er sodann einige Jahre in Dorpat als freipraktieirender Arzt gelebt, nahm er den Kreisarztposten in Arensburg an, welchen er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Der Verstorbene hat sich überall, wo er gewirkt, die Achtung und Zuneigung seiner Mitbürger zu erwerben gewusst.

— Prof. Bollinger (Patholog) in München ist zum *Ehrendoctor der Universität Bologna* ernannt worden.

— Die *Kaiserl. Leopoldinisch-Carolinische Deutsche Academie der Naturforscher* in Halle hat die Proff. Stoerk in Wien und W. Danilewski in Charkow zu ihren Mitgliedern gewählt.

— Am 1. October veranstaltete die *Medico-chirurgical Society in New-York* eine ausserordentliche *Sitzung zu Ehren* des daselbst anwesenden Prof. v. Esmarch aus Kiel.

— Vor Kurzem ist in Wien die Wittwe des verstorbenen berühmten Pathologen, Carl Rokitansky, im Alter von 83 Jahren gestorben.

— Dem Impfarzt Dr. Moritz Hay in Wien ist beim Grand Concours international für seine hervorragenden Leistungen auf dem Gebiete des Impfwesens die höchste Auszeichnung, das *Diplôme d'honneur*, zuerkannt worden.

— Die Pasteur'schen *Schutzimpfungen gegen die Hundswuth* sind in Paris in der letzten Zeit nicht sehr glücklich gewesen. Seit dem Juni-Monat sind 7 Personen, welche durch wuthkranke Thiere gebissen worden waren und sich hierauf der Impfung unterzogen hatten, gestorben. (Wien. med. Wochenschr.).

— Mackenzie hat die von den preussischen Behörden vorgenommene Confiscation seines Buches über die Krankheit des verstorbenen Kaisers *Friedrich* damit beantwortet, dass er den Verlegern, welche den Bericht der deutschen Aerzte über die Behandlung des Kaisers *Friedrich* in England *in englischer Sprache* zu veröffentlichen im Begriff sind, durch seinen Rechtsanwalt eröffnen liess, er werde, falls sie ihr Vorhaben ausführen und den Bericht erscheinen liessen, sofort eine Klage wegen Charakterschmähung gegen sie anstrengen und eine hohe Schadloshaltung beanspruchen.

Allgemein ist man in London nicht wenig *entrüstet über* Mackenzie und, wenn möglich, noch mehr über sein ganzes Verhalten, als über die scandalöse Broschüre selbst, deren Kern sich jetzt als eine lügenhafte Erfindung entpuppt hat. Sein an die Zeitungen gerichteter Vorschlag, die Entscheidung zwischen ihm und v. Bergmann einer amerikanischen Jury zu überlassen, nebst dem prahlerischen Anerbieten, 5000 Pfund als Kostenfonds deponiren zu wollen, wenn Prof. v. Bergmann ein Gleiches thäte, wird als lächerlich und unverschämt bezeichnet, da Mackenzie wohl wissen müsste, dass ein hochgestellter deutscher Arzt sich nicht zu derartigen Allotriis hergeben könnte und würde. Ueberdies hat er in der Wahl des Landes, dem er mehr *Unparteilichkeit* und *Rechtschaffenheit* zutraut, *als seinem Vaterlande*, wohl kaum in Erwägung gezogen, dass die amerikanischen Aerzte und zum grossen Theil auch das amerikanische Publicum von Anfang an auf's stärkste gegen ihn Partei ergriffen hat, wie aus den Berichten des «New-York Herald» klar ersichtlich ist. In der Wuth über die niederschmetternde Blossstellung seines Lügengewebes scheint der Mann aber total den Kopf verloren zu haben — vielleicht in demselben Maasse, wie an dem berühmten 12. April. Er schreibt und telegraphirt das unsinnigste Zeug, widerspricht sich in seinen Aeusserungen und verwickelt sich von Tag zu Tag mehr in dem Knäuel seines Lügengarnes. Ehe er aber durch die schlichten trockenen Aussagen Virchow's, auf den er sich komischer Weise am meisten berief, an den Pranger gestellt wurde, hatte er in wirklich bewundernswerther Weise Anstalten getroffen, sein «Schäfchen in's Trockene zu bringen», indem er es so einzurichten gewusst hat, dass er von dem Verleger der deutschen Uebersetzung im Falle einer Beschlagnahme der Exemplare völlig schadlos gehalten werden müsste. (A. m. C.-Z.)

— Die von Mackenzie seiner Gegenschrift beigefügte Statistik der Erfolge der operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses enthält, wie der «Allg. med. C.-Ztg.» aus Fachkreisen berichtet wird, eine grosse Zahl von Unrichtigkeiten, so dass dieser einzige wissenschaftliche Theil derselben nur zu Trugschlüssen verleitet.

— Wie verlautet, hat das Landgericht zu Duisburg, wo die Mackenzie'sche Schrift zuerst confiscirt wurde, die *Beschlagnahme der Mackenzie'schen Broschüre aufgehoben.*

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 16. October d. J. 5302 (115 mehr als in der Vorwoche), darunter 240 Typhus- (18 mehr), 495 Syphilis- (20 weniger), 54 Scharlach- (8 mehr), 10 Masern- (3 weniger), 12 Diphtherie- (4 weniger) und 6 Pockenkranke (6 mehr als in der Vorwoche).

— Der Congress der Vereinigten Staaten Nordamerikas hat 500,000 Frcs. für die Errichtung einer Quarantaine-Station in San Francisco bewilligt, um die Einschleppung von Infectionskrankheiten, namentlich der Cholera, die jüngst in Hongkong gewüthet, und der Pocken, welche nicht selten an Bord chinesischer Auswandererschiffe herrschten, zu verhindern.

— In Paris hat sich eine «Compagnie centrale des Cafés-restaurants» gebildet, welche die Einrichtung von Speisehäusern bezweckt, in welchen aus unverfälschten Lebensmitteln bereitete Speisen verabfolgt werden.

— Unsere Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, welche bereits mehrere billige Speiseanstalten mit gesunder Kost unterhält, beabsichtigt nun auch eine *Normalbäckerei* einzurichten.

— Auf der Ausstellung für Hygiene und Rettungswesen in Ostende ist die *Redaction der «Revue internationale des falsifications»* für ihren unermüdlichen Kampf gegen jegliche Art von Verfälschungen der Nahrungsmittel mit dem *grossen Ehrendiplom ausgezeichnet* worden.

— Dr. Werner (Markgröningen) macht auf eine unwillkommene Eigenschaft des Creolins aufmerksam. Er liess in der Absicht, eine Dieulafoy'sche Spritze zu reinigen, mehrmals eine *Creolin-Lösung* (20 Th. auf ein Liter Wasser) mittelst Hin- und Herbewegung des Stempels durch den Glascylinder streichen, als plötzlich das Instrument auseinanderging; *das Creolin hatte den Kitt zwischen Glaskolben und Messing-Einfassung aufgelöst.* W. besitzt genanntes Instrument schon seit 1875 und sind während dieser Zeit schon mancherlei Lösungen durch den Cylinder gegangen, ganz ohne Schaden für das Instrument; erst dem Creolin war es beschieden, den Verband zwischen Glas und Messing zu lösen.

(Württemb. med. Corresp. Bltatt, — Allg. med. C.-Ztg.)

— In *Frankreich* betrug *die Zahl der Selbstmorde* im Jahre 1887 7572. Von dieser Zahl kamen *auf Paris allein* 1420 Selbstmorde, was beinahe 1 Selbstmord auf 1500 Lebende ergiebt. Die

meisten Selbstmorde wurden im Juli-Monat begangen, auf welchen 790 Selbstmorde entfielen; in den übrigen Monaten schwankt die Zahl zwischen 550 und 600. Auf das männliche Geschlecht entfielen 5964 Selbstmorde, auf das weibliche blos 1608. Am häufigsten kommt der Selbstmord im Alter von 50—60 Jahren vor, auf welche Altersstufe 1508 Selbstmorde entfallen; im Alter von 30—40 Jahren gaben sich nur 992 Personen freiwillig den Tod, im Alter von 40—50 Jahren 1394 Personen. — Von den auf Paris entfallenden 1420 Selbstmördern waren 11 noch nicht 16 Jahre und 16 über 80 Jahre alt; im Alter von 16 bis 21 Jahren standen 72 Selbstmörder, im Alter von 21 bis 30 Jahren 182. (A. m. C.-Ztg.)

— H. Michaelis hat Untersuchungen über den *Einfluss von Lichtstrahlen auf die Zersetzung von Sublimatlösungen* angestellt. Zu den Versuchen wurde eine Lösung von 1 Gr. $HgCl_2$ in 100 Ccm. dest. Wasser verwendet. Während 57-tägiger Versuchsdauer hatte in dem farblosen und blauen Gefässe die grösste Abscheidung von Quecksilber stattgefunden, während in dem mit einem gelben Cylinder bedeckten Fläschchen überhaupt keine Abscheidung zu beobachten war. Es halten sich also Sublimatlösungen in durch Eisenoxyd gelb gefärbten Fläschchen ebenso unzersetzt, als wenn sie im Dunkeln aufbewahrt werden. (Ch. Centr.).

— Dr. Dupuy hat am 13. October d. J. der Pariser biologischen Gesellschaft die Mittheilung gemacht, dass man *bei festgestelltem Geschlechte des ersten Kindes in einer Familie das Geschlecht der folgenden sicher vorausbestimmen könne.* Er basirt seine Angaben auf einer Statistik, die sich auf mehr als 200 Familien (über 1000 Kinder) bezieht. Nehmen wir z. B. an, dass das erste Kind in einer gewissen Periode gezeugt wurde, welche wir als Einheit bezeichnen wollen, so werden, wenn das erste Kind ein Knabe war, alle nachfolgenden Kinder, welche in den folgenden unpaaren, z. B. der 11., 13., 105., 107. u. a. Menstrualperioden gezeugt wurden, gleichfalls männlichen Geschlechts, die in den paaren Perioden aber gezeugten (12., 14. u. s. w.) Mädchen sein. Wünscht, mit anderen Worten, ein Vater, dessen erstes Kind ein Sohn war, eine Tochter zu haben, so muss er die Menstrualperioden seiner Frau nach der ersten Geburt zählen und eine Schwangerschaft in einer paaren (2., 4., 6. u. s. w.) Periode hervorrufen, wünscht er sich einen Sohn, so muss er die unpaaren Perioden zu diesem Zwecke wählen. Ist das erste Kind ein Mädchen gewesen, so muss die Rechnung umgekehrt gemacht werden. Diese Thatsache gilt nur für die Kinder eines und desselben Paares; wechselt einer der Erzeuger, so beginnt die Rechnung mit dem ersten gemeinschaftlichen Kinde der neuen Ehe. (Bullet. médic. 17. Oct. — Wr.)

Bülletin der meteorologischen Station Dr. Dmitrijew's in Jalta.

Monat u. Datum	Temp. der Luft nach Celsius: 7 Uhr Morg.	1 Uhr Tags	9 Uhr Abends	Mittel	Barometer Mittel	Hygrm. Mittel	Wind Mittel	Zustand des Himmels Mittel	Niederschlag.
Octbr.								bewölkt	
1	16,8	23,2	20,1	20,0	758,8	64	still	heiter	—
2	20,8	25,0	19,3	21,7	753,7	71	still	heiter	—
3	19,8	23,6	17,1	20,2	757,9	47	still	bewölkt	—
4	15,0	21,4	17,8	18,1	765,8	56	still	bewölkt	—
5	15,2	19,1	14,6	18,1	766,2	53	still	bewölkt	—
6	13,6	16,2	16,6	15,3	759,9	65	still	trübe	Regen 2,8
7	17,0	19,2	19,2	18,5	754,7	65	still	bewölkt	—

Die laufende Woche hatte einen rein sommerlichen Charakter, nur war am 3. October die ausserordentliche Trockenheit der Luft lästig.

— *Oliver's Probe auf Galle im Harn.* Lösung von 30 Gran gepulderten Peptons, 4 Gran Salicylsäure, 30 Tropfen Essigsäure in 8 Unzen destillirten Wassers, mehrfach filtrirt. 20 Tropfen Harn werden in ℨj der Probeflüssigkeit gethan und erscheint bei Gegenwart von Galle eine, dem Gallengehalte des Harns proportionale Opalescenz. (New-Nork Med. Rec. Aug. 4.) Hz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 9. bis 15. October 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
250	143	393	69	27	57	9	9	12	35	38	43	39	33	17	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 9, Diphtherie 9, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 13, Krankheiten des Verdauungscanals 48, Todtgeborene 16.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	30. Sept.—6. Oct.	2413	29,8	—	1352	16,5
Paris	2 260 945	30. Sept.—6. Oct.	1177	26,1	64	846	19,5
Brüssel	181 270	23.—29. Sept.	94	26,4	4	62	17,8
Stockholm	221 549	23.—29. Sept.	161	37,7	2	58	13,6
Kopenhagen	300 000	3.—9. Oct.	224	38,8	4	97	16,8
Berlin	1 414 980	30. Sept.—6. Oct.	889	32,7	42	582	21,4
Wien	800 889	30. Sept.—6. Oct.	504	32,7	36	304	19,7
Pest	442 787	23.—29. Sept.	322	37,8	14	221	26,0
Warschau	444 814	30. Sept.—6. Oct.	377	44,0	19	266	31,0
Odessa	268 000	30. Sept.—6. Oct.	—	—	—	—	—
St. Petersburg	861 303	7.—13. Oct.	599	36,2	20	390	22,9

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. November 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 25. October 1888.

Tagesordnung: 1) Dr. Anders: Ueber Haltung der spondylitischen Wirbelsäule, nach Beobachtungen und Leichenexperimenten. 2) Dr. Werner: Ueber Neurasthenie (Fortsetzung). 3) Prof. Bidder: 36 Laparotomien.

Дозв. ценз. Спб. 21. Октября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Inserations-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 44. St. Petersburg, 29. October (10. November) 1888.

Ueber die diuretische Wirkung des Calomel*).

von

W. E. Ignatjew.

Aeltere Autoren, wie Paracelsus, Joseph Franck, Boerhave, Joh. Hoffmann schrieben bereits den Quecksilberpräparaten eine diuretische Wirkung zu, doch geriethen diese Angaben bis 1886 in Vergessenheit, als Jendrassik[1]) auf das Calomel als ein Diureticum und ein gutes Antihydropicum hinwies. Der von Einigen, wie Corradi[2]), Jendrassik gemachte Vorwurf, dass er die älteren Schriftsteller, welche die Quecksilberpräparate öfters «potentissimus hydropis domitor» oder «praestantissimum adminiculum in hydrope» heissen, nicht berücksichtigt habe, ist ungerechtfertigt, weil Jendrassik diese Beobachtungen nicht ignorirt, aber dabei darauf aufmerksam macht, dass die neuesten Handbücher der Pharmakologie die diuretische Wirkung des Calomels nicht anführen, und deshalb sich das Verdienst zuschreibt, das Calomel in die Therapie der Herzkrankheiten eingeführt zu haben. Er theilt in seiner Arbeit mehrere Beobachtungen an Kranken mit, welche Affectionen des Herzens (Klappenfehler) und der von ihm abgehenden Gefässe, Nephritis, pleuritisches Exsudat aufwiesen; ausserdem prüfte er das Calomel bei Gesunden auf seine diuretische Wirkung. Er zieht aus seinen Erfahrungen den Hauptschluss, dass das Calomel in Fällen von nicht compensirten Herzfehlern (Anasarka und Hydrops) als eines der besten und zuverlässigsten Mittel gelten darf.

Bald nach dieser Mittheilung erschienen einige Controlbeobachtungen. Mart. Mendelssohn[3]) verordnete das Mittel zu 3 Gran 3 Mal täglich; die Diurese trat nach 2 Tagen auf. Stiller[4]) sagt, dass Calomel rascher und stärker wirke, als Digitalis, die Diurese trete plötzlich am 3.—4. Tage auf; bei Altersveränderungen des Herzens bleibe die Wirkung aus; freilich versagte hier auch die Digitalis den Dienst. Aehnlich äussern sich auch Terray[5]) und Collins[6]). Biro[7]) sah gleichfalls vom Calomel öfters gute Wirkung bei Herzkrankheiten, aber auch nicht selten Stomatitis, Koliken und Durchfall, weshalb er die gleichzeitige Anwendung von Opium empfiehlt. Meyjes[8]), aus der Klinik des Prof. Pel in Amsterdam, weist entschieden auf das Calomel als Antihydropicum hin, das aber die Digitalis nicht ersetzen könne. Die Diurese trat nach Gaben von 0,6 pro die am 2.—3. Tage ein. Aehnlich äussert sich Brugnatelli[9]); Nothnagel[10]) aber erklärt, «das Calomel ist eine Bereicherung unserer Therapie und tritt in die Reihe der bereits vorhandenen Cardiaca als ein sehr wirksames Mittel ein». Stintzing[11]) endlich sagt, dass das Calomel das mächtigste aller bekannten Hydragoga sei. Diese harntreibende Wirkung zeige sich bei herzkranken Wassersüchtigen, wobei es gleichgültig sei, ob eine primäre Erkrankung der Klappen oder des Herzmuskels vorliege.

Aus dem Vorhergehenden ergiebt sich genügend, wie sehr diese Frage die Kliniker im Auslande interessirt hat; Jendrassik äussert sich über das Mittel, dass es Jahre des Lebens und auch theilweise die Arbeitsfähigkeit bei solchen Leuten erhalten könne, welche ohne dasselbe nur einige Tage zu leben hätten.

Soviel mir bekannt ist, giebt es in der russischen medicinischen Literatur keine einschlägigen Originalartikel und will ich deshalb die Aufmerksamkeit der Collegen auf dieses Mittel lenken, welches ihnen in einigen Fällen grosse Hülfe erweisen kann. Ich stellte meine Beobachtungen gleich nach Erscheinen des Jendrassik'schen Aufsatzes an und theilte meine ersten Resultate der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau am 24. April 1887 mit, doch war die Zahl meiner Fälle zu gering, als dass ich mich in dieser

*) Russisch erschienen in Med. Obzr. № 15.
[1]) Jendrassik: Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 38.
[2]) Corradi: Centralbl. f. klin. Med. 1888. № 20.
[3]) Mart. Mendelssohn: Deutsche med. Wochenschr. 1886, № 45, S. 796 und ff.
[4]) Stiller: Wien. med. Wochenschr. 1886, № 29.
[5]) Terray: Centralbl. f. d. gesammte Therapie, Nov.
[6]) Collins: in «Die Medicin im J. 1886» von Sprimon. pag. 1230 (russ.).
[7]) Biro: Pester med. chirurg. Presse 1887, № 10.
[8]) Meyjes: Deutsche med. Wochenschr. 1887, S. 768.
[9]) Brugnatelli: Centralbl. f. klin. Med. 1888, № 22. Ref.
[10]) Nothnagel: Klin. Vorles. 1886, S. 18 (russ.).
[11]) Stintzing: Münch. med. Wochenschr., 1883 3. Jan.

Beziehung hätte bestimmt aussprechen können; jetzt bin ich im Stande, es zu thun.

Das Calomel wurde in jedem vorkommenden Fall von Hydrops ohne Berücksichtigung seiner Ursache 48 Kranken gegeben, von denen 20 herzkrank, 9 emphysematös waren, 9 an diffusen Processen in den Nieren bei vorwiegender Erkrankung des Parenchyms, 7 an Lebercirrhose (von der Pfortader ausgehend) und 3 an pleuritischem Exsudate litten, und zwar in Pulverform zu 2—3 Gran, anfangs ohne, später mit Opium zu Gr. 1/8 pro dosi, in 24 Stunden 3—4 Pulver. Unangenehme Nebenwirkungen des Calomel, wie Speichelfluss, Durchfall wurde 8 Mal beobachtet, davon an 4 Herzkranken; sie traten seltener bei gleichzeitiger Darreichung von Opium auf. Die Sorge für die Mundhöhle begann mit dem Tage der Darreichung des Calomel, gewöhnlich wurden Spülwässer mit Kali chloricum per se oder āā mit Acid. boricum oder solche mit Kali hypermanganicum verordnet; ein Mal trat Erbrechen bei einem Herzkranken (Insufficientia mitralis) ein. Stomatitis wurde bei keinem Herzkranken gesehen, bei einem Falle von chronischer parenchymatöser Nephritis zeigte sich eine hartnäckige ulceröse Entzündung der Schleimhaut des Gaumens und der Wangen, welche eines Monats zur Heilung bedurfte — hier wirkte das Calomel überraschend gut. — Versagten bei den Hydropikern die gebräuchlichen Mittel ihre Wirkung, so stieg die Harnmenge nach dem Calomelgebrauch von 300 bis 400 Ccm. auf 4000 in 24 Stunden. Freilich wurde eine so colossale Steigerung der Harnmenge bei Wassersucht in Folge von Nierenerkrankung nur ein Mal beobachtet, in den anderen Fällen wurde keine Zunahme des Urinquantums, ausser einer vorübergehenden, spontan bei Nierenerkrankungen sich zeigenden, erzielt. Das Calomel wurde nicht länger als 2, 3, 4 Tage verabreicht, in welcher Periode der Harn fortwährend gemessen wurde. Die Polyurie nach Calomel trat am 2.—4. Tage ein, dann wurde das Mittel ausgesetzt, was auch geschah, wenn am 4. Tage der Medication die Diurese ausblieb; gelang nach einer Woche ein wiederholter Versuch nicht, so wurde das Calomel überhaupt nicht mehr gegeben. Eine solche Verordnung wird besonders von Nothnagel (l. c. pag. 19) angerathen. Eine längere Verabreichung des Mittels 12 Tage lang, wie es Stintzing vorschlägt, ist gewagt, weil eine derartige Anhäufung von Calomel im Körper schwere Zufälle von Mercurialismus hervorrufen kann, was nach Möglichkeit zu vermeiden ist, da die Behandlung von Stomatitis bei Leuten mit ödematöser welker Schleimhaut lange dauert und sehr mühsam ist.

Die Dauer der diuretischen Calomelwirkung ist eine verschiedene, nach Nothnagel hält die Polyurie eine Woche, nach Stintzing 4—5, selten 3 oder 12 Tage an; in einigen von meinen Fällen dauerte sie 3—5 Tage, in anderen 2—3 Wochen; als Illustration hierzu führe ich die Geschichte einer Herzkranken kurz an:

Am 5. Juli d. J. wurde in das Jausa'sche Hospital die 57-jährige Bäuerin, Maria Kasakowa, ihres Zeichens Kürschnerin, mit Athemnoth, Husten und Anschwellung des ganzen Körpers aufgenommen; diese Compensationsstörungen waren auch schon früher aufgetreten, doch nicht in einem so hohen Grade wie jetzt; Lues nicht vorhanden, geringer Abusus in baccho.

Status präsens: Herzdämpfung in der linken Parasternallinie von der 3. Rippe an; eine geringe Dämpfung ist auch am unteren Drittel des Brustbeins, 1—1½ Ctm. nach rechts von der normalen Grenze vorhanden. Der Herzstoss wird hinter der linken Mammillarlinie wegen des vorhandenen Emphysems nicht gefühlt. Unreiner systolischer Ton an der Herzspitze, an der Aorta 2 reine Töne, Verstärkung des 2. Pulmonaltons. Radialpuls 66, regelmässig, schwach, nicht leicht zu unterdrücken; Harn 400 Ccm., spec. Gew. 1012 mit Spuren von Eiweiss, unter dem Mikroskope keine Formelemente, nur Salze. Anasarka sehr stark an Armen, Rumpf und Gesicht, an den Beinen fast fehlend wegen sclerotischer Veränderung der Haut, besonders an den Unterschenkeln, starker Ascites, Hydrothorax, links stärker, Pericardium frei.

Diagnose: Vitium cordis mit gestörter Compensation, Localisation des Processes am linken Ostium venosum, Insufficienz der Mitralis, vielleicht Entartung des Herzmuskels.

Ordination: 2 Gran Coffeïn 4 Mal täglich an den ersten 2 Tagen, am 3. und 4. 6 Mal — kein Erfolg; Allgemeinbefinden schlechter, Harnmenge nicht verändert. Am 5. Juni 400 Ccm., 6. Juni — 700, 7. Juni — 500, 8. Juni — 500, 9. Juni — 600, 10. Juni Harn nicht gesammelt, 3 flüssige Stühle, 11. Juni — 400, 12. Juni — 350, 13. Juni — 600, 14. Juni — 700, es werden 2 Gran Calomel mit Gr. 1/8 Opium, 3 Mal täglich verordnet. 15. Juni — 1150, 16. Juni — 550 (4 Stühle), 17. Juni — 450 (2 Stühle), 18. Juni — 1400 (guter Stuhl), 19. Juni — 1000, 20. Juni — 1500, 21. Juni — 1700, 22. Juni — 1600, 23. Juni — 1600, 24. Juni — 1200, 25. Juni — 1400, 26. Juni — 1500, 27. Juni — 1450, 28. Juni — 2000, 29. Juni — 900.

Die Vermehrung der Harnmenge erfolgte am 2. Tage, am 3.—4. Tage war sie, wegen reichlicher und flüssiger Darmentleerungen, geringer, darauf stieg sie auf 1400 Ccm. und erhielt sich auf dieser Höhe 2 *Wochen* lang, um sich dann wieder zu vermindern.

Es wurde wieder Calomel in der früheren Dose gegeben und erschien die Polyurie darauf in verstärktem Grade:

Juni 30 — 2200 Ccm.		Juli 10 — 3000 Ccm.	
Juli 1 — 2000	»	» 11 — 2700	»
» 2 — 3000	»	» 12 — 3000	»
» 3 — 4000	»	» 13 — 3000	»
» 4 — 3000	»	» 14 — 2800	»
» 5 — 3500	»	» 15 — 4000	»
» 6 — 4000	»	» 16 — 3000	»
» 7 — 4000	»	» 17 — 2800	»
» 8 — 3000	»	» 18 — 1500	»
» 9 — 1500	»		

Mithin hatte jetzt die Polyurie *fast* 3 *Wochen* angehalten, es verschwanden dabei die hydropischen Ansammlungen in den Körpertheilen und der Haut und erholte sich die Kranke so sehr, dass sie kaum wieder zu erkennen war.

Gegen seröse Pleuritis und gegen nicht cardialen Hydrops bei Leber- und besonders Nierenleiden bleibt das Calomel wirkungslos, ein von Nothnagel[12]) constatirtes Factum.

Eine besondere Einwirkung des Calomels auf den Puls wurde nicht bemerkt, die sphygmographische Curve blieb sowohl vor, als auch nach dem Calomelgebrauch unverändert; über etwaige Veränderung des Blutdruckes kann ich wegen mangelnder Daten nichts angeben.

Die Frage, in welcher Weise das Calomel als Hydragogum wirke, ist öfters besprochen worden. Die Thatsache, dass das Mittel diuretisch wirkt, lässt sich nicht bezweifeln, da die Menge der aus dem Körper ausgeführten Flüssigkeit grösser, als die der eingeführten ist, was zwar nicht direct, aber doch indirect durch das Verschwinden der hydropischen Anschwellungen sowohl aus den Höhlen, als auch aus dem Unterhautzellgewebe bewiesen wird. Wie reichlich die Polyurie sein kann, das beweisen die von Stintzing angeführten Fälle, in welchen die 24-stündige Harnmenge die Höhe von 8350 Ccm. erreichte; bei Jendrassik stieg sie von 700—900 Ccm. auf 5000—6000 Ccm.; eine tägliche Harnmenge von 4000 Ccm. ist hierbei eine gewöhnliche Erscheinung, das grösste von mir beobachtete Urinquantum betrug 5450 Ccm. Nach den Versuchen von Silva[13]) besteht die Wirkung des Calomel *in Hervorrufung einer activen Hyperämie der Nierengefässe*, einer Veränderung des Epithels der gewundenen Harncanälchen, einer Vermehrung der in einer bestimmten Zeiteinheit die Art. renalis durchströmenden Blutmenge und einer dadurch bedingten Vermehrung des gesammten Harnquantums; unter solchen Be-

[12]) Nothnagel: Therap. Monatshefte 1888, Mai.
[13]) Silva: Centralbl. für klin. Med. 1888, № 19.

dingungen ist eine Anregung der schwachen Herzmuskulatur nicht nothwendig. Bei einer bereits bestehenden Erweiterung der Nierengefässe bleibt das Calomel ohne Wirkung und ruft Polyurie nicht hervor. Silva sieht seine Ansicht durch die Fälle bestätigt, welche, mit Fieber verlaufend, bereits eine Erweiterung der Nierengefässe zeigen; in Fällen von Peritonitis und Pleuritis meint er eine besondere Einwirkung des Centralnervensystems mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen zu müssen. Stiller führt die Wirkung des Calomel nicht auf eine Wirkung desselben auf Herz oder Nieren, sondern auf eine Erleichterung der Aufsaugung der Transsudate zurück, Jendrassik hält die Resorption der hydropischen Flüssigkeit durch das Blut für den Hauptfactor. Sehr beachtenswerth ist die Frage, ob allein das Calomel oder auch andere Quecksilberpräparate eine diuretische Wirkung haben. Aus den neueren Arbeiten über die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn von Michailowski[14]), Ssuchow[15]), Stukowenkow[16]) ersehe ich, dass Alle die Aufmerksamkeit darauf gerichtet hatten, wie bald nach Darreichung des einen oder des anderen Quecksilberpräparates das Hg. im Harne auftrat, was die Aufsaugung desselben ermöglichte und wie lange das Hg. im Harne verweilte, eine Bestimmung der Harnmenge aber ist nie gemacht worden. Und doch muss man nach der Wirkungsweise der äusserlich und innerlich angewandten Präparate annehmen, dass sie alle einen dem Calomel ähnlichen Effect hervorbringen dürften. Ich habe darüber keine grosse Erfahrung, da Syphilitiker in das Jausa'sche Hospital nicht aufgenommen werden, luetische Erkrankungen innerer Organe aber recht selten vorkommen; ich konnte indessen doch die diuretische Wirkung mercurieller Einreibungen an einer mit Pneumonia syphilitica aufgenommenen Kranken beobachten; während der Frictionen war die Harnmenge grösser als vor und nach denselben; ich möchte damit Collegen, denen ein entsprechendes, grösseres Material zur Verfügung steht, zur Lösung dieser Frage anregen.

Ist die diuretische Wirkung *allen* Quecksilberpräparaten eigen, so könnte man ja in den Fällen, in denen Calomel nicht vertragen wird, ein anderes Präparat wählen, wobei die Zeit des Auftretens von Hg. maassgebend sein müsste, da dieses nach Michailowski (Quecksilbersalben) und Ssuchow (subcutane Einführung) von der Art des Präparates und der in ihm enthaltenen Quecksilbermenge abhängt.

Referate.

W. Erb: Ueber Akromegalie (krankhaften Riesenwuchs). (Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 42, Heft 4).

Verf. beschreibt ganz ausführlich einen Fall einer Krankheitsform, welche P. Marie mit dem Namen «Akromegalie» belegte und von welcher bisher nur 10 Beobachtungen publicirt sind. Gleichzeitig berichtet Verf. über den weiteren Verlauf zweier schon vor 20 Jahren von Friedreich beschriebenen Fälle derselben Krankheit, die er selbst wieder vor 3 Jahren auf seiner Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Alle bisher beobachteten Fälle zeigen unter einander grosse Uebereinstimmung.

Das Leiden kommt bei beiden Geschlechtern in allen möglichen Ständen und in jedem Lebensalter vor. Die Entwickelungsweise der Krankheit ist überall eine langsame, schleichende gewesen. Die Initialerscheinungen waren meist nicht sehr hervortretend: Gefühl von Schwäche und Ermüdung, Schlaflosigkeit, Paraesthesien in den Gliedern, Kopfschmerzen, Schmerzen im ganzen Körper. Bei den Frauen trat stets bleibende Menopause ein. Das auffallendste Symptom war in allen Fällen eine fortschreitende Vergrösserung der Extremitäten, besonders die colossale Entwickelung der Hände und Füsse, an der weiterhin auch die Vorderarme und Unterschenkel, besonders die Gelenkgegenden Theil nahmen und eine Volumszunahme des Gesichts, besonders seiner unteren Abschnitte, Unterkiefer, Lippen und Nase. Diese Erscheinungen sind im Wesentlichen bedingt durch eine Hyperplasie der Knochen, welche viel weniger den Längs- als den Breiten- und Dickendurchmesser derselben betrifft und an den epiphysären Abschnitten derselben mehr ausgesprochen ist als an den Diaphysen.

Die Haut war an dieser Volumszunahme nur wenig betheiligt und zwar in der Regel nur an den inneren Hand- und Fussflächen, an den Fingern und Zehen, hier zur riesenhaften Entwickelung derselben ein Wesentliches beitragend.

Die Nägel waren meist ebenfalls erheblich verbreitert, in ihrer Wölbung verändert, manchmal verlängert.

Niemals fand sich dabei an der Haut eine elephantiastische Verdickung, niemals Oedem oder sonstige myxödematöse Infiltration; nur in einzelnen Beobachtungen war auch etwas Hyperplasie der Hautgewebe constatirt worden, jedoch niemals in erheblichem Grade.

Häufig erstreckte sich der Vergrösserungsprocess auf Rippen, Sternum und Clavicula, auch die Wirbelsäule zeigte sich nicht selten in Form von Verkrümmung und Verdickung betheiligt.

An der Volumszunahme des Gesichts betheiligte sich meist der Unterkiefer, dessen vordere Partien besonders hyperplastisch waren, während von einer Vergrösserung des Oberkiefers nur selten berichtet wird. Die Jochbeine waren ebenfalls wiederholt betroffen, während von dem eigentlichen Schädelgewölbe gerade in vielen Fällen seine Nichtbetheiligung hervorgehoben wird. Constant waren ferner Verdickung und Wulstung der Unterlippe, sowie Vergrösserung und Verbreiterung der Nase und Vergrösserung und mässige Entwickelung der Zunge. In den meisten Fällen ist die aus diesen Veränderungen resultirende längsovale Gesichtsform erwähnt. Endlich wird in einzelnen Fällen einer Vergrösserung der Ohren, Verdickung der Ohrknorpel und Augenlider, Vergrösserung des Kehlkopfes und Kehldeckels Erwähnung gethan. Seltenere Veränderungen am Knochensystem sind Verdickung des Oberschenkel- und Oberarmbeins und der Scapula, während die Patella in allen Fällen erheblich vergrössert gefunden wurde.

Von inconstanten Symptomen muss noch erwähnt werden: Herzvergrösserung mit asthmatischen Beschwerden, Albuminurie, reichliche Harnausscheidung und gesteigerter Durst, allgemeine Abmagerung und Schwäche des Muskelsystems, ferner Sehstörungen mit Kopfschmerzen und Abnahme der Intelligenz. Wichtig ist endlich das Verhalten der Thyreoidea, welche in den meisten Fällen atrophisch oder ganz fehlend, in einem Falle beträchtlich und in einem anderen mässig vergrössert gefunden wurde.

Es kommen allerlei Varietäten des Krankheitsbildes vor; nicht immer und in jedem Falle ist die Krankheit genau in der gleichen Weise localisirt und verbreitet, nicht überall genau in der gleichen Intensität entwickelt.

Der Verlauf des Leidens gestaltet sich ebenfalls verschieden: in mehreren Fällen ist derselbe stationär geworden, in anderen dagegen hat er zum Tode geführt, meist durch Complicationen in inneren Organen, welche wahrscheinlich zum Wesen der Krankheit gehören.

Die bis jetzt erhobenen Sectionsbefunde ergaben: allgemeine Hyperplasie der verschiedensten Gewebe, zunächst der Bindesubstanzen, vorwiegend der Knochen und Knorpel, zum Theil auch der Haut und des Unterhautzellgewebes, ferner Bindegewebshyperplasie, Erweiterung und Wucherung der Gefässe auch in den verschiedensten inneren Organen, in Leber, Milz, Nieren, Herz etc., Hyperplasie des Gehirns und vieler Nerven, besonders auch des Sympathicus, constante Hyperplasie der Hypophysis, gewisse Veränderungen der Thyreoidea, Persistenz und Hyperplasie der Thymus.

Bei diesen weitverbreiteten Gewebswucherungen handelt es sich unzweifelhaft um irritative Vorgänge in den verschiedensten Körpergeweben, dieselben könnten von aussen her kommen (Hypothese über die Ursache des Cretinismus) oder könnten auch durch innere Reize ausgelöst werden. Es wäre denkbar, dass Organerkrankungen beständen, welche entweder auf dem Wege des trophoneurotischen Einflusses diese Gewebshyperplasien anregen, oder durch Production von chemischen Stoffen, von irritirenden Stoffwechselproducten, die in das Blut gelangen, erregend auf die Körpergewebe und ihre Wachsthumsvorgänge wirken, oder welche endlich durch Aussendung von mit grösserer plastischer Energie, mit abnormer Keim- und Vermehrungsfähigkeit begabten Elementen in die verschiedenen Körpergewebe diese Wucherungen veranlassen.

«Für die erstere Möglichkeit wäre wohl zunächst an Veränderungen des Nervensystems zu denken, und die am Gehirn und zahlreichen Nerven, besonders aber die an der Hypophysis und am Sympathicus gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen sind ja dafür sehr einladend».

«Für die zweite Möglichkeit könnte zunächst an eine Erkrankung der grossen drüsigen Organe des Unterleibes: der Leber, der Milz, der Nebennieren gedacht, es könnten entferntere Analogien mit der Gicht und dem Diabetes mellitus herangezogen werden, besonders aber wäre an die merkwürdigen Thatsachen zu erinnern, welche sich bei der experimentellen resp. operativen Entfernung der Thyreoidea bei Thieren und beim Menschen herausgestellt haben.

«Für die dritte Möglichkeit ist neuerdings Klebs in bemerkenswerther Ausführung eingetreten; er hat die Hypothese aufgestellt, dass die persistirende und hyperplastische Thymusdrüse Gefässkeime (Angioblasten) in erhöhter Menge liefere und in den Blutstrom entsende und dass diese dann der Ausgangspunct für die weitverbreitete Gefäss- und Gewebswucherung werden.

Die bis jetzt vorliegenden Thatsachen ermöglichen jedoch nicht eine endgültige Entscheidung im Sinne der einen oder anderen Ansicht und wird erst von weiteren klinischen und anatomischen Untersuchungen erwartet werden dürfen. J. Taube (Moskau).

[14]) Michailowski: Ueber die Ausscheidung des Hg. durch den Harn bei therapeutischer Anwendung desselben. Wojenn. Med. Sh. 1885, August bis November.

[15]) Ssuchow: Ibidem 1886, Juli bis November.

[16]) Stukowenkow: Semskaja Medicina №№ 37—40.

Prof. E. Ehrendorfer (Insbruck): Ein Mittel zur Verhütung des Puerperalfiebers. (Wiener klinische Wochenschrift. I. Jahrg. № 16).

In Anbetracht der Gefahren, die das Einführen eines nicht gehörig desinficirten Mutterrohrs in den Genitalkanal während der Geburt oder im Wochenbett nach sich ziehen kann, will Verf. die Mutterrohre aus der Hebammenpraxis vollkommen verbannt wissen. Die Verwendung der Mutterrohre ist fortan den Hebammen principiell zu verbieten; den neuen Hebammen müssen für ihre Utensilien-Tasche keine Mutterrohre verabfolgt werden. Eine Ausnahme könnte nur dann eintreten, wenn der Arzt aus einem triftigen Grunde die eventuell zwei- bis dreimaligen Ausspülungen des Genitaltractus nicht selbst besorgen könnte. In einem solchen Falle übergiebt der Arzt der Hebamme sein mitgebrachtes oder neu angeschafftes desinficirtes Mutterrohr und weist die Hebamme genau an, wie sie es anzuwenden, zu reinigen und in antiseptischer Flüssigkeit aufzuheben habe. Nach Ablauf der Behandlung nimmt er sein Rohr wieder mit, widrigenfalls wird der Pat. der Rath ertheilt, dasselbe nie ohne ärztliche Anordnung anzuwenden. Auf diese Weise werden sicher viele Fälle von Infection intra oder post partum vermieden werden können.

—ss.

E. Metschnikow (Odessa): Ueber die phagocytäre Rolle der Tuberkelriesenzellen. (Virchow's Arch. Bd. 113, Heft 1).

In vorliegender Arbeit hat Verf. seine bekannten Untersuchungen über die intracelluläre Vernichtung pathogener Organismen auch auf das Gebiet der Tuberculose ausgedehnt. Er kommt zu dem Schluss, dass die Tuberkelelemente überhaupt und die Riesenzellen insbesondere als echte Phagocyten (und zwar Makrophagen) anzusehen seien, und dass ihnen, als Wehrorganen des Organismus gegen die Tuberkelbacillen, eine wichtige Rolle zukomme. Bezüglich der Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden; an dieser Stelle kann der Inhalt desselben nur in seinen wichtigsten Puncten wiedergegeben werden.

Seine Untersuchungen hat M. vorzüglich an einer Nager-Species, dem gepelzten Ziesel (Spermophilus guttatus Temminck) ausgeführt, weil dieses Thier wegen seiner grossen Widerstandskraft gegenüber der Invasion von Tuberkelbacillen gewisse Vorzüge bietet. — Unter fast sämmtlichen Färbungsmethoden, welche Verf. anzuwenden Gelegenheit hatte, leistete ein von Dr. H. Kühne in Wiesbaden ihm mitgetheiltes Verfahren von dreifacher Färbung (Combination von Fuchsinfärbung mit Hämatoxylin und Auramin) die besten Dienste. — Das Absterben der Tuberkelzellen innerhalb der Riesenzellen erfolgt in einer ganz specifischen Weise. Die Bacillen werden anfangs blass, verlieren das Vermögen durch Anilinfarben in charakteristischer Weise gefärbt zu werden, wandeln sich weiterhin zu wurstförmigen, unförmlichen Gebilden um und nehmen einen gelblichen Farbenton an; derartig rückgebildete Bacillen bleiben nicht lange zerstreut im Zelleninhalte liegen, sondern werden zu einem compacten Haufen vereinigt, welcher bernsteingelbes Aussehen hat. Etwas dieser «gelben Degradation» der Tuberkelzellen Analoges hat M. nur an den von Blutkörperchen der Daphnia magna eingeschlossenen und «aufgefressenen» Sprosspilzsporen von Monospora bicuspidata gesehen.

Unter den vielen noch streitigen Puncten bezüglich der Morphologie und Biologie der Tuberkelbacillen steht Verf. energisch für die Existenz einer sehr festen Membran derselben ein.

In Berücksichtigung dieser festen Hülle und des Umstandes, dass das Tuberkelbacterium in seinem ausgebildeten Zustande zu Fäden auszuwachsen befähigt ist, schlägt Verf. vor, statt der Bezeichnung Bacillus tuberculosis den Namen *Sclerothrix Kochii* für dasselbe einzuführen; die Bezeichnung «Bacillus» sei unpassend, weil sie nur ein Stadium in der Entwickelungsgeschichte des Tuberkelbacteriums charakterisire.

Erwähnt sei noch, dass M., in Uebereinstimmung mit seiner Phagocytentheorie, bezüglich der Histogenese der Tuberkelelemente an der alten Ansicht von Ziegler, Arnold und R. Koch festhält, somit den Leucocyten die grösste Bedeutung bei der Tuberkelbildung vindicirt. Eine Betheiligung verschiedener «fixer» Gewebszellen, welche in letzter Zeit von Baumgarten u. A. bei der Tuberkelbildung in Anspruch genommen wird, weist M. entschieden zurück.

H—g. (Narwa).

Prof. M. Semmola: Die pathogenen Bedingungen der Albuminurie. (D. med. W. № 21, 22 und 23. 1888).

In vorliegender Studie tritt Semmola wieder für die schon seit 1850 von ihm vertretene Ansicht ein, dass Albuminurie keineswegs eine Nierenerkrankung voraussetze. Er theilt die Albuminurien in *hämatogene* und *nephrogene*; erstere sind *nur* ein Zeichen dyskrasischer Beschaffenheit des Blutes; das aus demselben ausgeschiedene Eiweiss ist aus molecular-chemischen Gründen nicht assimilirbar und wird durch die Nieren aus dem Körper ebenso wie alles andere Unbrauchbare entfernt; Formelemente sind dabei nur sehr wenige im Urin zu finden. Dass erhöhter Blutdruck nicht Albuminurie erzeugt, beweist er dadurch, dass er aus der Carotis eines grösseren Hundes in die Vena femoralis eines kleineren so viel Blut transfundiren liess, dass der Blutdruck von 27 bis auf 32—33 Ctm. stieg. Im Urin waren dann wohl rothe Blutkörperchen, aber im Harn nicht mehr Eiweiss, als dem durchgetretenen Blut entsprach. Wurde hingegen eine weit geringere Menge defibrinirten, todten Blutes transfundirt, dann fand eine beträchtliche Eiweissausscheidung durch den Harn statt. Durch Injection von Cantharidin können Hunde nierenkrank gemacht werden, der Harn enthält dann auch Eiweiss, aber weit weniger, als bei der hämatogenen Albuminurie, und es ist bemerkenswerth, dass es sich in beiden Fällen um ganz verschiedene Eiweissarten handelt. Bei der hämatogenen Form handelt es sich im Wesentlichen um die Reactionen des Bluteiweisses, bei der nephrogenen Form haben wir keine dieser Reactionen, vor Allem kommt nicht die schöne violettrothe Färbung in kaltem Zustande zu Stande, welche das Eiweiss des Blutserums und das der wahren Bright'schen Krankheit bei Versetzung mit in Aertzkali aufgelöstem Kupferoxyd zeigen.

Bemerkenswerth ist, dass stickstoffreiche Kost den Eiweissgehalt bei Albuminurien steigert, während Milchdiät das souveräne Mittel ist, um den Eiweissverlust einzuschränken.

Da es sich bei der hämatogenen Form um eine Dyskrasie handelt, so ist es natürlich zwecklos, Mittel anzuwenden, die auf das Nierenepithel wirken sollen, wie z. B. die Gallussäure. Max Schmidt.

John E. Weeks in New-York: Bacteriologische Untersuchungen über die in der Augenheilkunde gebrauchten Antiseptica. Aus dem Englischen von Dr. Max Toeplitz in New-York. (Archiv für Augenheilk. Bd. XIX, 1, S. 107).

Die interessante und praktisch überaus werthvolle Arbeit empfehlen wir dringend der Lectüre *aller* Collegen. Experimentirt wurde mit dem Staphylokokkus pyogenes. Die gewonnenen Resultate sind kurz folgende:

Sublimat in Lösung von

1 : 500	zerstört die Vitalität bei Einwirkung von	10 Secunden,
1 : 1000	» » »	45 »
1 : 2000	» » »	1½ Minuten,
1 : 4000	» » »	2½ »
1 : 5000	» » »	3 »
1 : 10,000	» » »	5 »
1 : 20,000	» » »	12—15 »

Reizung wird vermieden von Lösung 1 : 4000 an für Instillationen, 1 : 1500 oder 1 : 2000 auf frische Schnittflächen, in Abscesshöhlen etc. Alle sonst noch geprüften Quecksilberpräparate sind nicht zu empfehlen (conf. d. Original).

Argentum nitricum in Lösung von

1 : 10	zerstört die Vitalität in	4 Secunden,
1 : 50	» »	8 »
1 : 100	» »	12 »
1 : 500	» »	1½ Minuten,
1 : 1000	» »	4 »

Es ist das beste Parasiticid. W. ist erstaunt, dass so wenig mit diesem Salze experimentirt worden ist. Die geringe Haltbarkeit, verfärbenden Eigenschaften und Theuerung machen es für manche Zwecke unbrauchbar. Am besten 1 : 100 bis 1 : 500 auf Schleimhäuten und Eiterflächen.

Salicylsäure in Lösung von

1 : 600	zerstört die Vitalität in	1 Minute,
1 : 1000	» »	4—5 Minuten.

Am Auge der starken Reizung wegen nicht anwendbar.

Kali hypermanganicum in Lösung von

1 : 50	zerstört die Vitalität nach	20 Secunden,
1 : 100	» »	1 Minute,
1 : 200	» »	5 Minuten,
1 : 500	» »	20 »

Eine 1% Lösung reizt die Bindehaut schon beträchtlich. 1%—2% auf Schnitt- und Eiterflächen.

Carbolsäure in Lösung von

1 : 20	zerstört die Vitalität nach	¼ Minute,
1 : 40	» »	½—1 »
1 : 60	» »	4 Minuten.

Die Sporen von sporenbildenden Bacillen werden durch 2½% Carbolsäure nur langsam angegriffen; die 5%ige braucht schon einige Stunden zu ihrer Zerstörung. 1 : 1000 bleibt beim Stehen steril. Am Auge nicht verwendbar. 1 : 40 auf Schnittflächen, Eiterflächen und auf der äusseren Haut.

Alcohol hat auf getrocknete Keime negative Wirkung, bei feuchten oder in der Entwickelung begriffenen Keimen zerstört er die Vitalität: Absoluter Alcohol nach 4—12 Secunden,

90%	» »	20—30 »
60%	» »	10—15 Minuten,

Am Auge nicht verwendbar. 66% auf der äusseren Haut, Eiterflächen, sowie bei Otorrhoea.

Chlorwasser nur in frischen gesättigten Lösungen brauchbar, dann aber fast so schnell wirkend wie Sublimat oder Argent. nitr. In der Hand des Arztes daher sehr brauchbar. Reizt sehr wenig. Hält sich nicht.

Wasserstoffsuperoxyd zerstört, frisch bereitet, pyogene Keime in 1—1½ Minuten. Hält sich nicht.

Schwefelsäure 1 : 10 zerstört Keime nach ¾—1 Minute. Am Auge zu stark reizend.

Salicylsaures Natron in 10% Lösung zerstört die Keime in 8—10 Minuten.

Borsäure besitzt gar keine parasitentödtende Wirkung.

Alle sonst noch versuchten Mittel zerstörten die Vitalität des Staphylokokkus pyogenes auch nach 48 Stunden nicht. (Conf. das Original).

Von den Oelen erwies sich nur Oleum Cadini als bactericid. Es wirkt in 5 Minuten. Bei Eczem zu empfehlen.

Alle mit Salben angestellten Versuche blieben selbst nach 36-stündiger Einwirkung ohne Erfolg — Ungt. mercuriale offic.; Ungt. hydrarg. pr. flav. 1½%; Ungt. jodoformii 10%.

Pulver. Calomel zerstört die Keime nach 3 Minuten.
Resorcin » » 8—12 Stunden,
β-Naphtol » » 8—12 »
Jodoform hemmt ihre Entwickelung nach 12 Stunden.

Jodol, Bismuth, Borsäure sind wirkungslos.

«Sogenannte antiseptische Verbände sind gewöhnlich blos aseptisch. Zur Entwickelung von Bacterien ist es nothwendig, dass sie sich auf einer Oberfläche befinden, welche 50—70% Wasser enthält. Wir können also leicht sehen, dass das Verbandmaterial frei sein muss von allen Keimen, mit Ausnahme von denen, welche darauf aus der Luft oder aus Gegenständen, mit denen es in Berührung kommt, deponirt worden sind. Das Verbandmaterial ist nur in dem Falle antiseptisch, wenn es mit einer antiseptischen Substanz imprägnirt und befeuchtet ist. So lange eine Wunde trocken gehalten werden kann, wird die Heilung ohne Eiterbildung fortschreiten, ob sie verbunden ist oder nicht, aus dem einfachen Grunde, weil sich Keime nur entwickeln können, wenn Feuchtigkeit vorhanden ist».

Sterilisation von Instrumenten. Glatt polirte Instrumente brauchen nur mit reinem trockenen Leinen abgewischt zu werden. Rostflecke, auch noch so geringe, sind zu fürchten. Carbolsäure 1:20 oder 1:40 eine halbe Stunde lang greift die Schneide nicht an und ist sicher. Um die Hände des Chirurgen nicht anzugreifen, lasse man die Griffe von der Flüssigkeit nicht bespülen. Salicylsäure 1:1000 sicher. Sublimat 1:2000 auf sehr kurze Zeit. Sehr zuverlässig ist Wärme. Alle Mikroorganismen werden durch Temperaturen von 52° bis 100° C. sicher getödtet. Der Staphylokokkus pyogenes, der zumeist zu fürchtende, wird bei 74° C. vernichtet. Wasser bei einer Temperatur von 90° — 100° C. ist allem Anderen bei Weitem vorzuziehen. Es zerstört alle pyogenen und pathogenen Keime in 2—3 Minuten. Kochendes Wasser zerstört den Staphylokokkus pyogenes bei blosser Berührung. Mechanische, combinirt mit thermischer Sterilisation durch die Anwendung heissen Wassers ist die beste Methode Instrumente zu sterilisiren.

Zur Reinigung des Operationsfeldes muss Seife und warmes Wasser und hierauf Sublimat 1:2000 bis 1:5000 benutzt werden. Ebenso für die Hände des Chirurgen.

Die Arbeit basirt auf mehr als 1200 Experimenten. G—n.

Georg Rosenfeld: Die Diagnose des Diabetes. (D. med. W. № 23 und 24. 1888).

Nachdem Rosenfeld alle Zuckerreactionen durchgenommen hat, kommt er zu dem Schluss, dass die Probe mit Phenylhydrazin die schärfste und verlässlichste ist. Doch genügt auch sie nicht, weil ein Diabetiker vorübergehend ganz zuckerfreien Urin produciren kann, und ein sicheres Ausschliessen von Diabetes ist nur dann möglich, wenn der Kranke vor der Probe 160 Grm. Weissbrod zu sich genommen hat. Gesunde Menschen zeigen nach Aufnahme dieser Quantität Weissbrod nie eine Störung ihrer Zuckerausscheidung, wenn solche überhaupt bestand, — Diabetiker hingegen entleeren dann reichliche Mengen von Zucker. Max Schmidt.

Hall: Aufhellung von Hornhautflecken durch den galvanischen Strom. (New-York Med. Rec. June 27. 1888).

Verf. hat seit dem Februarmonat d. J. 9 Hornhautflecken von der Grösse eines Hirsekorns bis zu 2½ Linien, jüngeren und älteren Datums mit dem galvanischen Strome in der Weise mit sehr gutem Erfolge behandelt, dass er den einen Pol auf die Hohlhand, den anderen auf das geschlossene Auge aufsetzt. Bei vorhandener Reizung muss die Anode, bei mangelnder aber die Kathode angewandt werden; Dauer der Sitzung 3 Minuten, Stromstärke 1—3 M. A., je nach der Toleranz des Auges wird täglich oder seltener galvanisirt. Hz.

P. Grawitz: Ueber plötzliche Todesfälle im Säuglingsalter. (D. med. W. № 22. 1888).

In zwei obducirten Fällen haben die Säuglinge an keiner Krankheit vorher gelitten, sondern sind gesund und munter gewesen, und sind plötzlich spontan an Erstickung gestorben. Die Section ergab als Todesursache die beim Erstickungstode gewöhnlich vorkommenden Befunde, und bei beiden ist anatomisch als Erklärung für diese Erstickung nur die vergrösserte Thymus gefunden worden. In den 40—50er Jahren hat eine Debatte über die Bedeutung der Thymus stattgefunden; Friedleben hat damals die Bedeutung der Thymus nach eingehender Kritik bestritten, und seitdem legen die Gerichtsärzte wenig Werth auf dieselbe; bei Liman und v. Hofmann ist nichts in der Casuistik darüber enthalten. Und doch ist die gerichtsärztliche Seite der Frage wichtig genug, um dieselbe anzuregen, denn es ist erwiesen, dass gesunde Säuglinge eines plötzlichen Todes an Erstickung sterben können, ohne dass man dabei an die Schuld einer fremden Person zu denken braucht. Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Medicinisches Archiv des Warschauer Ujasdow'schen Militär-Hospitals. I. Jahrg., 2. Heft. (Медицинскій Сборникъ Варшавскаго Уяздовскаго Военнаго Госпиталя. Годъ I, выпускъ II).

Wir begegnen in diesem Hefte wiederum einer Reihe Arbeiten, die von dem Fleiss der im genannten Hospital arbeitenden Collegen sprechen und manches Anregende bieten. 1) Der Unterleibstyphus im Warsch. Ujasdow'schen Militär-Hospital 1887 von Dr. M. D. Laptschinsky. Es erweist sich, im Vergleich mit den vorhergehenden 4 Jahren, dass die Krankheit sich in ihrem Charakter gemildert hat, wobei aber dahingestellt bleibt, wo die Ursache dafür zu suchen sei; vielleicht in der Verbesserung der Kasernen? Die Sterblichkeit ist von 13,2% und 16,8% auf 8,3% gesunken; von Recidiven kamen 8 Fälle vor (2,08% aller Typhuskranken). Beigefügt ist ein kurzes Referat über 32 Sectionen von am Typhus Gestorbenen.

2) Zwei Fälle von Unterleibstyphus, complicirt mit einem Abscess im geraden Bauchmuskel von M. D. Laptschinsky: in dem einen Fall, in welchem der Pat. an einer Peritonitis zu Grunde ging, wurde der Abscess erst bei der Section erkannt; in dem zweiten Fall wurde der Abscess rechtzeitig geöffnet und Pat. genas. 3) Echinokokkus im Wirbelcanal von A. F. Wiegandt. Die Diagnose war gestellt auf Myelitis transversa; bei der Section wurde der Echinokokkus gefunden, durch den das Rückenmark in dem Abschnitt des 4. und 5. Brustwirbels auf die Dicke einer Schnur zusammengepresst war. Verf. will in der Literatur nur 6 primäre Fälle von Echinokokkus im Wirbelcanal und 7 Fälle, in denen ein Echinokokkus erst ausserhalb des Wirbelcanals gewachsen war und dann auf denselben überging, gefunden haben.

4) Ein Fall von Tracheotomie an einem Kranken, der mit einer syphilitischen Perichondritis der Kehlkopfknorpel und mit warzenähnlichen Wucherungen auf der Schleimhaut der Luftwege behaftet war von A. S. Ssanotzki. Der Fall bietet insofern Interesse, als die warzenähnlichen Wucherungen auf der Schleimhaut die Einführung einer Canüle, sogar von mittlerer Grösse, hinderten, während bei Einführung einer «Canüle für Kinder» Erstickungsanfälle aus Luftmangel eintraten; es wurde zur Erhaltung der Tracheal-Schnittöffnung ein Instrument benutzt, welches Aehnlichkeit hatte mit dem *Augenlid-Sperrelevateur*; am 13. Tage nach der Operation gelang die Einführung einer mittelgrossen Trachealcanüle, nachdem die condylomatösen Wucherungen mittelst Lapislösung geätzt worden waren bei gleichzeitiger Innunctionscur mit grauer Quecksilbersalbe. 5) Einige Worte betreffs eines Falles von traumatischem Aneurysma der Schenkelbeinarterie. Exstirpation des Aneurysma; von A. S. Ssanotzky. 6) Zur Casuistik der Sumpffieber-Psychosen von F. Ch. Godsaetzki. 7) Programme der von den Herren A. Tauber, J. Prshbilski, J. Hene und J. Jefremowski für die Aerzte des Ujasdow'schen Militär-Hospitals gehaltenen Vorlesungen.

Es muss erwähnt werden, dass die angeführten Arbeiten kurz und bündig, bei möglichst ausgiebiger Benutzung und kritischer Beleuchtung der entsprechenden Literatur, verfasst sind, so dass wir das Durchlesen dieses Heftes allen Collegen, die irgend eines der besprochenen Themata interessirt, bestens empfehlen können. —i—

Eichbaum: Ueber subjective Gehörswahrnehmungen und deren Behandlung. Berlin und Neuwied 1888. Heuser's Verlag (Louis Heuser).

Verf. giebt eine monographische Beschreibung dieser Erscheinungen. Wir finden Definition, Symptomatologie, Aetiologie, Diagnose, Prognose und Therapie derselben in ansprechender, wenngleich compendiöser Form. Recht genaue Beschreibung, Neues eigentlich wenig, ausser ein paar eigenen Beobachtungen zum Capitel Therapie, wobei Verf. die Behandlung mit dem constanten Strome sehr befürwortet. Zur Orientirung in dieser Frage eine empfehlenswerthe kleine Monographie. N.

Max Knies (Docent zu Freiburg i. B.): Grundriss der Augenheilkunde, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der Studirenden und praktischen Aerzte. Mit 30 Figuren im Texte. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

Dieses, dem Herrn Geheimrath Dr. Otto Becker, Prof. der Augenheilkunde zu Heidelberg gewidmete Werk ist das beste seiner Art, das wir bisher zu Gesicht bekommen haben. Gute Compendien zu schreiben ist gewiss eine schwere Aufgabe, K. ist derselben aber in geschickter und ansprechender Form gerecht geworden. In möglichst knapper Form wird dem Leser wirklich alles zur Orientirung und Memorirung Wichtige geboten. Will sich der Studirende etwa schnell das Wesen des Glaucoms, der sympathischen Ophthalmie etc. in's Gedächtniss rufen, der praktische Arzt bei einem Diabetiker, Tabetiker, an Intermittens Leidenden etc. sich schnell darüber orientiren, ob und was für Erscheinungen das Auge in solchen Krankheiten darbieten kann, — beide sind an der Hand des vollständigen Sachregisters in kürzester Zeit und in genügendstem Maasse unterrichtet. Auf präcise Krankheitsbilder, vollständige Berücksichtigung des Zusammenhanges der Augenkrankheiten mit den übrigen Erkrankungen des Körpers, sowie auf die Therapie — ist besonderer Werth gelegt worden. Das bereits erwähnte sehr vollstän-

dige Sachregister erhöht die praktische Verwendbarkeit des Buches in hohem Maasse. Im Capitel Erkrankungen der Bindehaut können wir dem über die Entwickelung der folliculären Entzündungen (Trachom) Gesagten nicht ganz beistimmen. Dieses Capitel ist ja aber bekanntlich eines der unklarsten in der ganzen Augenheilkunde, weil jeder Autor in erster Linie sich nach seinen eigenen Erfahrungen die Sache construirt. Die grosse Zahl guter Schilderungen aus Gegenden, die seit langem Herde dieser Erkrankungen sind, sollte bei der Herausgabe neuer Lehrbücher wohl mehr berücksichtigt werden.

G—n.

Protokolle der klimatologischen Section in Jalta.

Sitzung den 8. October 1888.

Mit dem 8. Oct. beginnen die regelmässigen Wochensitzungen, die in zwei Kategorien zerfallen: 1) klimatologische und 2) medicinische. An den Sitzungen erster Kategorie nehmen nicht nur Aerzte, sondern auch nichtmedicinische Mitglieder, sowie Gäste der klimatologischen Section Theil. In diesen Sitzungen werden hauptsächlich klimatologische und Sanitätsfragen verhandelt. Die rein medicinischen Vorträge werden in den Sitzungen 2. Kategorie gehalten. Erstere finden nur ein Mal monatlich, die Letzteren allwöchentlich statt. An der Sitzung den 8. October nahm als Gast Dr. Rauchfuss aus St. Petersburg Theil. Laut Programm kamen zum Vortrag:

1) «Mittheilungen über die Fälle von Infectionskrankheiten». Jedes Mitglied des Vereins registrirt in ein zu diesem Zwecke eingeführtes Tagebuch alle Fälle von Infectionskrankheiten seiner Praxis mit Angabe der Zeit der Erkrankung, sowie des Wohnortes, um das Collegium mit den Infectionsherden bekannt zu machen und die Sanitätsverwaltung auf dieselben aufmerksam zu machen. Aus diesen Mittheilungen ist zu ersehen, dass vom 1. Juni bis zum 8. October 7 Fälle von Diphtherie verzeichnet waren, die in den verschiedensten Puncten der Stadt, sowie der Umgebungen aufgetaucht waren; eine in Jalta höchst seltene Erscheinung, welche sich durch den beständigen Zuzug der verschiedensten Elemente erklären lässt. Die Zahl der Darmtyphusfälle ist unbedeutend; grösser die Zahl der Fälle von Dysenterie, die fast beständig im Spätsommer oder Beginn des Herbstes auftritt. — Bei dieser Gelegenheit wurde den Mitgliedern, welche zugleich Mitglieder der Duma, der Auftrag ertheilt, in der Duma wiederum die dringende Nothwendigkeit der Einrichtung einer Desinfectionskammer vorzulegen. Dr. Rauchfuss macht darauf aufmerksam, dass diese Ausgabe sehr productiv, da alle Hotel- und Hausbesitzer für Desinfection ihrer Effecten gern eine entsprechende Zahlung leisten würden, da dadurch die kostspielige Verbrennung der von Schwererkrankten gebrauchten Utensilien wegfallen würde.

2) Dr. Lebedew theilt seine meteorologischen Beobachtungen in *Pendico*, des zur Gründung eines sommerlichen Bergcurortes gewählten Punctes, mit. Zu diesem Zwecke wurden der Baro-, Thermo- und Hygrograph Richard's verwerthet. Leider konnten die Ergebnisse des Hygrographs garnicht verwerthet werden, da bei Controlle mit dem Psychrometer sich in den hohen und niederen Procentlagen Differenzen von 10—12% ergaben. Was die Temperatur der Luft anbetrifft, so ist durchschnittlich für die Sommermonate eine Differenz von 10° C. im Vergleich mit der Temperatur in Jalta zu verzeichnen, ausserdem sind die täglichen Temperaturschwankungen um 2° C. geringer wie in Jalta. In dieser Hinsicht wäre also *Pendico* das, was man für die Sommermonate in Jalta und am Südufer überhaupt braucht; leider wird aber die Idealität dieses Sommercurortes durch die zeitweise durchstreifenden Wolkenschichten ein wenig beeinträchtigt. — Für einen Winterhöhenort wird sich Pendico schwerlich eignen, da die Nebeltage daselbst häufig und auch der Schneefall sich zu oft wiederholt.

3) Dr. Lebedew theilt weiter seine Beobachtungen über den Unterschied der Temperatur auf den Hügelrücken und den Schluchten in der Umgebung von Jalta mit; es erweist sich, dass die Temperatur in den Schluchten mit üppiger Vegetation während der Tageshitze bedeutend höher, wie auf den Berg- und Hügelrücken; dagegen sinkt dieselbe beim Untergang der Sonne weit rascher wie auf den Anhöhen. Durch diesen Umstand sind die bedeutenden Luftströmungen beim Sonnenuntergang in den sogenannten «*Balky*» zu erklären und die Angereisten vor Promenaden und Aufenthalt in solchen Gegenden zu warnen.

4) Dr. Stangejew theilt seine Beobachtungen über die ausserordentlichen Temperaturschwankungen in sämmtlichen Curorten des Kaukasus mit, am grellsten sind sie ihm in Borshom aufgefallen, wo sie zuweilen von + 26° R. auf + 5° R. fielen.

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln. IV.

(Vom 18.—23. September 1888.)

Zum Schluss der II. allgemeinen Sitzung hielt Prof. Weissmann (Freiburg) einen Vortrag «*Ueber die Hypothese einer Vererbung von Verletzungen*», in welchem derselbe nachzuweisen suchte, dass diese weit verbreitete Hypothese falsch sei, da die von den Anhängern dieser Theorie angeführten Thatsachen einer strengen Kritik nicht Stand halten. Bekanntlich hat Lamarque auf die Ansicht, dass Veränderungen, Verstümmelungen, Verletzungen eines Organs vererbt werden, seine ganze Descendenzlehre, die Umwandlung der Thierformen, gegründet. Darwin hat zwar diese Theorie der Heredität weiter entwickelt, stellt aber daneben die Zuchtwahl mehr in den Vordergrund. Gegen die Vererbung erworbener Eigenschaften sind unter Anderen Pflüger und Dubois Reymond aufgetreten, speciell gegen die Vererbung von Verletzungen hat schon Kant Stellung genommen und in neuerer Zeit His. Die Beobachtungen, welche von den Anhängern dieser Hypothese zur Begründung ihrer Theorie angeführt werden, hält der Vortragende nicht für beweiskräftig genug. So hält er die Geschichte von der Kuh, welche sich ein Horn abgestossen und dann ein Kalb zur Welt brachte, das ein verkümmertes Horn an dieser Stelle besass, ebenso auch die von der Mutter, welche sich den Finger abquetschte und dann ein Kind gebar, welches dieselbe Missbildung am Finger aufwies und noch andere solche Fälle für nur scheinbare Beweise.

Um nun die vorliegende Frage von der Vererbung von Verletzungen experimentell zu prüfen, hat Weissmann zahlreiche Versuche an weissen Mäusen und Ratten angestellt. Er schlug 12 weissen Mäusen den Schwanz ab und liess sie paaren und setzte das mehrere Generationen hindurch fort. Das Resultat war stets dasselbe: sämmtliche von diesen Mäusen geborenen Junge besassen ebenso lange Schwänze als die ursprünglichen Mutterthiere. Dem Einwande gegenüber, dass die Vererbung körperlicher Verletzungen erst in der 10. oder gar 100. Generation eintrete, müsse auf die Thatsache hingewiesen werden, dass bei vielen Völkern der Erde gewisse Verletzungen (Circumcision der jüdischen Knaben, Tätowirung, Verkrüppelung der Füsse, Durchlöcherung der Ohren und Nase u. s. w.) schon seit Jahrhunderten systematisch geübt werden, ohne dass sie jemals vererbt worden wären. Liegen aber thatsächlich einzelne solcher Fälle von Vererbungen vor, so könnte höchstens auf ein zufälliges Zusammentreffen von Umständen, aber keineswegs auf ein post hoc, ergo propter hoc geschlossen werden. Wir sehen ja dasselbe in der Lehre vom «Versehen» schwangerer Frauen, welches von der Wissenschaft schon längst in die Rumpelkammer geworfen ist, obwohl nicht alles, was darüber berichtet wird, in die Reihe der Ammenmärchen gehört. So erzählt ein glaubwürdiger Zeuge, der berühmte Naturforscher Carl v. Baer, den Fall, dass eine Frau durch den Anblick eines Feuers heftig erschreckt wurde und drei Monate später ein Kind gebar, welches an der Stirn ein grosses rothes Mal aufwies, das seine Spitze nach oben kehrte. Die Mutter hatte lange Zeit, wie sie selbst erzählte, das Bild der Flamme im Auge getragen. Bär fügt hinzu: Ich muss es glauben, weil es — meine Schwester betraf. Es ist nach W.'s Ansicht eben der Zufall, welcher dieses Mal auf die Stirn des Kindes pflanzte, sonst müsste man bei der Uebung der heutigen Studenten, recht grosse Schmisse im Gesicht zu erhalten, um die Schönheit des künftigen Geschlechts sehr besorgt sein. Wenn man nun auch, so schliesst der Vortragende, eine Vererbung von körperlichen Eigenschaften nicht ganz von der Hand weisen könne, so sollte doch die Lehre von der Vererbung von Verletzungen als ein für alle Mal abgethan angesehen werden.

Bf.

Vermischtes.

— Zum Nachfolger des Prof. Dr. Friedrich Schultze auf dem Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an der Dorpater Universität ist vom Conseil der Universität der von der medicinischen Facultät in Vorschlag gebrachte ausserord. Professor der Universität Jena, Dr. Heinrich Unverricht, definitiv gewählt worden. — Prof. Unverricht, am 18. September 1853 zu Breslau geboren, hat, wie die «Neue Dörpt'sche Zeitung» erfährt, zuerst Mathematik, dann Medicin studirt und wurde im Sommersemester 1877 auf Grund einer von der Breslauer medicinischen Facultät preisgekrönten Arbeit über die Lungenschwindsucht zum Doctor med. promovirt. Nachdem er hierauf auch die ärztliche Staatsprüfung absolvirt hatte, bekleidete er in den Jahren 1878—81 die Stellung eines Assistenzarztes an der medicinischen Klinik und hierauf bis 1885 die Stellung eines Assistenten an der med. Poliklinik in Breslau, wobei er gleichzeitig i. J. 1883 sich als Privatdocent für interne Medicin habilitirte. Zu Ostern 1886 erfolgte seine Berufung zum ausserordentlichen Professor und Director der med. Poliklinik nach Jena, welche Stelle er noch z. Z. bekleidet. Prof. Unverricht hat eine ansehnliche Reihe wichtiger Arbeiten auf dem Gebiete der klinischen Medicin, der experimentellen Pathologie und der Therapie veröffentlicht.

— *Ordensverleihungen*: *Den St. Wladimir-Orden II. Classe* — dem Corpsarzt des I. kaukasischen Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. A. Odnossumow. *Denselben Orden III. Classe* — dem Consultanten des Militärhospitals in Wladikawkas, Staatsrath Dr. Kapazinski. *Den St. Annen-Orden I. Classe* — dem Oberarzt des Militärhospitals in Tiflis, wirkl. Staatsrath Dr. Malinin.

— *Verstorben*: 1) Am 15. October in St. Petersburg der Arzt bei der Kanzlei des Ministers der Wegecommunicationen, wirkl. Staatsrath Dr. Ludwig Kandler im Alter von 68 Jahren. Bald nach Beendigung des medicinischen Cursus an der medico-chirurgischen Academie i. J. 1842 wurde K. Militärarzt und machte als solcher den ungarischen Feldzug und später den Krimkrieg mit. Bei seiner Rückkehr aus Sewastopol (1856) wurde der Hingeschiedene als Arzt bei dem Ministerium der Wegecommunicationen angestellt, welches Amt er bis zu seinem Lebensende inne hatte. 2) Am 3. October in St. Petersburg der frühere ältere Arzt der 8. Flottenequipage D. J.

Masslow. Der Verstorbene, welcher seine medicinische Ausbildung an der Universität Charkow erhalten hatte, fungirte nach Absolvirung des Cursus anfangs als Arzt an der Maximilianheilanstalt hierselbst, trat aber i. J. 1854 in den Marine-Medicinaldienst, in welchem er bis zum vorigen Jahre verblieb, wo er wegen Erreichung der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze verabschiedet wurde. 3) Am 9. September der jüngere Arzt des 4. transkaspischen Schützenbataillons A. Petrzkewicz. 4) Am 9. October in Odessa der Arzt der dortigen Quarantaine J. Lomtschinski. L. war früher längere Zeit Militärarzt, seit 13 Jahren aber in der obengenannten Stellung. 5) In Greifswald der ausserord. Professor der Hygiene, gerichtlichen Medicin und Medicinalpolizei an der dortigen Universität, Geh. Medicinalrath Dr. Wilh. Häckermann im 71. Lebensjahre. 6) In New-York Dr. Thomas Sabine, Professor der Anatomie am College of Physicians and Surgeons.

— *Zum Andenken an die wunderbare Errettung Ihrer Majestäten und der Kaiserlichen Familie* aus drohender Lebensgefahr während der Katastrophe am 17. October c. hat die Moskauer Duma auf Antrag des Stadthauptes unter Anderem beschlossen, beim ersten Moskauer Stadthospital *100 Betten für unheilbare Kranke* einzurichten.

— Am 12. October d. J. fand die *35. General-Versammlung der Theilhaber der medicinischen Haupt-Unterstützungscasse* statt, an welcher 37 Mitglieder Theil nahmen. Auf derselben wurde einstimmig beschlossen, dem früheren Secretär der Casse Dr. W. N. Ssachnowski den Dank der Gesellschaft für seine der Casse unentgeltlich gewidmeten langjährigen, mühseligen und nützlichen Dienste auszudrücken. Ferner wurde einstimmig der Beschluss gefasst, in Zukunft als Remuneration für den Secretär 300 Rbl. jährlich auszusetzen. Von den ausscheidenden Comitégliedern wurden wiedergewählt: Dr. A. G. Batalin, Prof. W. A. Manassein und Dr. E. A. Ssorokin; ausserdem wurden neugewählt die DDr. M. E. Bowin und M. N. Nishegorodzew. Zum Vorsitzenden des Comités und der Gesellschaft wurde A. G. Batalin gewählt, zum Vicepräsidenten Dr E. A. Ssorokin und zum Secretär Dr. M. E. Bowin. Zum Cassirer wurde Dr. A. W. Popow per acclamationem wiedergewählt. An *Pensionen* wurden bewilligt: 1) der Wittwe des Totmaschen Landschaftsarztes A. A. Golubowa mit 3 Kindern — 300 Rbl. vom 1. Januar 1889 ab und 50 Rbl. einmalig; 2) der Wittwe des Arztes des 1. Bezirks des Sibirischen Kosakenheeres E. N. Ossnowina als Ergänzung der von ihr bezogenen Kronspension 64 Rbl. jährlich, gerechnet vom 1. Januar 1889; 3) der Pensionärin der Casse, der Wittwe S. K. Merlo, ein jährlicher Pensionszuschlag von 27 Rbl. 60 Kop.; 4) der Wittwe des Minussinsk'schen Stadtarztes N. N. Gorodilowa eine jährliche Pension von 150 R. vom 1. Januar 1889 ab; 5) der Wittwe des Ardatow'schen Kreisarztes M. A. Dobromysslowa für den Fall, dass sie keine Kronspension beziehen sollte, eine jährliche Pension von 150 Rbl. Ausserdem wurde 6) der Pensionärin der Casse, Frau Czernai, die von ihr bezogene Pension bis zur Volljährigkeit ihres Sohnes weiter bewilligt. (Wratsch)

— Prof. Dr. Ernst v. Bergmann in Berlin ist vom Grossherzog von Sachsen-Weimar das *Comthurkreuz des Ordens vom weissen Falken mit dem Stern verliehen* worden.

— Der Ausschuss der Berliner Studentenschaft hat beschlossen den Proff. Gerhardt und v. Bergmann eine *Ovation* darzubringen, und zwar hat derselbe von der Abhaltung eines Commerses abgesehen und sich für eine feierliche und glanzvolle Wagenauffahrt vor den Wohnungen derselben und eine Ansprache des Vorstandes des Ausschusses entschieden. In dem Aufruf des Ausschusses an die Berliner Studentenschaft heisst es unter Anderem: «Unsere verehrten Lehrer, die Herren Proff. Gerhard, zur Zeit Rector magnificus, und v. Bergmann, sind durch den englischen Arzt Mackenzie in ihrer Ehre als deutsche Männer und deutsche Professoren auf das Niederträchtigste angegriffen worden. Wenn sie nun, zu stolz ihrerseits darauf zu antworten, das Urtheil darüber von der öffentlichen Meinung erwarten, so sollen sicherlich die Studenten dieser Universität, und zwar nicht allein die, welche als Schüler zu ihren Füssen sitzen, sondern alle Facultäten gemeinsam, die Ersten sein, welche öffentlich erklären, dass sie trotz der Verdächtigungen nach wie vor zu ihren Lehrern stehen, ja dass deren Ruf und Ehre für sie nicht nur unbefleckt, sondern in erhöhtem Glanze erscheint».

— Bis zu welcher Ungenirtheit manche Curpfuscher sich versteigen, beweist nachstehender Fall: In Kasan verlangte der Wächter Bogdanow, welcher sich als Specialist mit der Heilung der Trunksucht beschäftigt, von der Kaufmannsfrau G für die Heilung ihres dem Trunke ergebenen Mannes 50 Rbl. Frau G. zahlte 27 Rbl. gleich aus und verpflichtete sich den Rest von 23 Rbl. nach der Genesung des Kranken zu entrichten. Da aber der von Bogdanow dem Manne der Frau G. verordnete Kräuteraufguss nicht die versprochene Wirkung hatte, indem der Kranke nach wie vor dem Trunke ergeben blieb, so verweigerte Frau G. die Auszahlung der restirenden Summe. Bogdanow richtete hierauf an Frau G. zwei Drohbriefe, welche Anlass zur Untersuchung der Angelegenheit vor dem Friedensrichter gaben. Die Entscheidung der Sache ist bis zur chemischen Analyse der von Bogdanow verordneten Arzneien aufgeschoben worden. (Wolshski Westnik. — Wr.)

— Die von der französischen Regierung nach Russland abdelegirten Aerzte Huchard, Lesguillions und Prof. Schwartz haben bereits St. Petersburg verlassen, nachdem sie mehrere Tage hindurch sich der Besichtigung einiger Stadthospitäler und der Kliniken der militär-medicinischen Academie gewidmet hatten.

— Ueber das in *Wiesbaden* unter Leitung des Dr. Mezger zu gründende *Sanatorium* bringen dasige Blätter folgende Einzelnheiten: Das Capital ist voll gezeichnet, davon ²/₃ in Holland. Das erforderliche Grundstück ist bereits von dem künftigen Director der Anstalt, Schiff, für 880,000 Mark erworben worden. Ferner hat die Direction eine warme Quelle für 85,000 Mark käuflich an sich gebracht, deren Wasser eine Temperatur von 49° C. besitzt und mit einem Wärmeverlust von 10° nach der Heilanstalt geleitet werden kann. Nach einem von Mezger mit der Direction getroffenen Uebereinkommen müssen alle seine Patienten, mit Ausnahme der Einwohner Wiesbadens, in dem Sanatorium behandelt werden. Jeder Patient zahlt der Direction eine Pauschalgebühr, für die er ein ganzes Jahr in der Heilanstalt zubringen darf. Bis zur Fertigstellung des Hôtels mit sämmtlichen erforderlichen Anstalten werden muthmasslich wohl noch 2 Jahre vergehen. Vorläufig wird Mezger seine Patienten in einem der grösseren Hôtels von Wiesbaden empfangen. Die Actionäre des Sanatoriums werden einen entsprechenden Antheil des Gewinnes erhalten, bis die Verwaltung des neuen Etablissements selbst beginnt. Gegen eventuelle Verluste, in Folge des Todes Mezger's, werden die Actionäre wenigstens theilweise geschützt durch den Abschluss einer sehr bedeutenden Versicherung auf dessen Leben. (Allg. med. Ctrl.-Ztg.)

— Apotheker Canbrelle (Bullet. de thérap. CXIII, 9) empfiehlt folgende Mischung, um Jodoform für die Dauer eines Verbandes geruchlos zu machen: Jodoformi puri 1,0, Mentholi 0,05, Essentiae Lavandulae guttam j. Um den Jodoformgeruch von den Händen fortzuschaffen, wäscht man diese mit Wasser, dem etwas Lavendelspiritus zugesetzt ist und um das auf diese Weise geruchlos gemachte Jodoform sofort anästhesirend zu machen, werden auf 1 Grm. des Jodoforms 0,03 Cocaïn zugesetzt.

— Schiffers (Laryngol. Congress 1887) *Behandlung des Catarrhs des Sinus maxillaris.*. Dieser ist häufiger als gewöhnlich angenommen wird und äussert sich durch einseitigen, stinkenden, intermittirenden Ausfluss aus dem Nasenloch; mit dem Spiegel wird die Anwesenheit von Eiter auf dem vorderen Theile der mittleren Muschel constatirt und verschiebt man mit einer Sonde diese letztere, so fliesst das Secret stärker und wird übelriechender. S. führt eine Hohlsonde in den mittleren Nasengang auf etwa 6 Cm. Länge vom Rande des Nasenflügels an gerechnet, welcher stark gehoben wird, sie stark andrückend, so dass ihre Spitze die Seitenwand der Nase nicht verlässt. Die Sonde dringt in den Sinus ein, wenn dessen Mündung nach vorne sieht, bei seitlicher Lage dieser wird die Sonde stärker nach aussen gedreht. Ist die Sonde im Sinus, so wird auf ihr eine feine Stange, welche an ihrer Spitze ein kleines, geknöpftes, leicht concaves Bistouri trägt, eingeführt und die Mündung erweitert, entweder durch 1—2 Schnitte oder durch Abtragung eines dreieckigen Stückes am unteren Ende der Mündung; es kann auch galvanocaustisch operirt werden; dann wird der Sinus 5—6 Mal täglich mit Borsäurelösung und dergleichen ausgespritzt. Der Sinuscatarrh entsteht meist durch Fortpflanzung eines Catarrhs von der Nase, seltener durch kranke Zähne; in letzterem Falle wird der Sinus von der Alveole aus angebohrt.

— Dr. Goodwin hat die Entdeckung gemacht, dass das Extr. Cascarae Sagradae ein vorzügliches Antirheumaticum ist. In einigen 30 Fällen von Rheumatismus hat er mit 3 oder 4 Ausnahmen vorzügliche Erfolge gehabt. Schon in 24 Stunden war oft bedeutender Nachlass der Schmerzen zu constatiren. Er giebt das Mittel zu 15 Tropfen 3 Mal täglich. In einigen Fällen, wo weder Natr. salicyl. noch Casc. Sagr. half, erreichte G. durch Combination beider gute Resultate. (The Montreal Med. Journal, Aug. 1888.) W.

— Nach einem im «Institut international de statistique» zu Paris gehaltenen Vortrage des Dr. Broch beziffert sich *der jährliche Verbrauch von Kaffee, Thee und Cacao* pro Kopf der Bevölkerung für die Zeit von 1880—1884 auf:

	Kilo.		
	Kaffee.	Thee.	Cacao.
Russland (ohne Finnland)	0,09	0,172	—
Spanien	0,19	—	0,403
Grossbritannien u. Irland	0,41	2,126	0,155
Italien	0,49	—	—
Portugal	0,54	(0,062) *)	—
Oesterreich-Ungarn	0,91	0,011	0,010
Frankreich	1,73	0,013	0,312
Deutschland	2,31	0,031	0,057
Dänemark	2,72	0,183	0,122
Schweden	2,79	0,013	0,022
Schweiz	3,25	0,044	—
Norwegen	3,72	0,040	0,053
Belgien	4,48	(0,010) *)	—
Niederlande	9,18	0,477	—

Was den Kaffeeconsum anbelangt, nimmt Holland die erste Stelle ein, es folgen dann Belgien, Norwegen, die Schweiz; Deutschland nimmt die 7-te und Russland die letzte Stelle unter den obigen 14 Ländern ein. Bezüglich des Theeverbrauchs steht Grossbritannien an der Spitze, Russland nimmt die vierte und Deutschland die 8-te Stelle ein. (Veröff. d. deutsch. Reichsges.-Amts.)

*) Diese Zahlen beziehen sich auf die Periode von 1875—1879.

— Dr. Geneuil (Bullet de therap. CXIII. 10) empfiehlt warm gegen Epistaxis die Einspritzung einer vollen Urethralspritze mit frisch ausgepresstem Citronensaft, nachdem durch Kaltwasserinjection die Nase von Gerinnseln u. a. befreit ist. Hz.

— Dr. Vigouroux (Progr. méd. № 30) hat die höchst interessante Frage, ob die Oberfläche des menschlichen Körpers statische Elektricität enthalte, experimentell geprüft, welche um so wichtiger ist, als Féré (Progr. méd. 1884) bei einem Kranken eigenthümliche Erscheinungen von Elektrisation der Hautdecken beobachtet hatte. Die sorgfältig, mit allen Cautelen und genauen Instrumenten ausgeführten Versuche, deren Einzelnheiten im Originale nachzulesen sind, haben zu dem Resultate geführt, dass die Oberfläche des menschlichen Körpers, abgesehen von äussern Einflüssen, keine statische Elektricität enthalte und dass der menschliche Körper in dieser Beziehung sich wie jeder andere, mit der Erde in Berührung stehende Körper verhalte. Hz.

— Rademann's (Forbach in Lothringen) patentirtes Verfahren zur *Darstellung von Pastillen aus Carbolsäure* beruht im Wesentlichen darauf, dass man die auf dem Wasserbade geschmolzene Säure durch rasches Erkalten und Umrühren in kleine Krystalle verwandelt, den Krystallbrei durch Ausschleudern, Auspressen oder Austrocknen über Schwefelsäure möglichst wasserfrei macht, dann mit ungefähr 1/10 des Gewichts reiner Borsäure versetzt und das Gemenge fein zerreibt. Das erhaltene Product gleicht dem lockeren Schnee und lässt sich leicht in Formen pressen. Die Pastillen haben den Vortheil, dass man sich leicht eine genau procentuirte Desinfectionsflüssigkeit herstellen kann. Eine Pastille von 5 Gr. löst sich in wenigen Secunden in 100 Gr. kalten Wassers vollständig auf, während krystallisirte Carbolsäure hierzu mehr Wasser erfordert. Die Lösung ist überdies viel beständiger, als die aus krystallisirter Carbolsäure. (Ztschr. d. österr. Apoth.-Ver. — Pharm. Z. f. Russland).

— Dr. Antonio F. von Giacich (Fiume) empfiehlt in der «Rivista marittima» *gegen die Seekrankheit* nach eigenen Erfahrungen als bestes Mittel wegen seiner die Herzthätigkeit erregenden Wirkung *Ammoniak*. Ein Kaffeelöffel voll Spir. salis. ammoniaci in ½ Liter Wein oder Wasser gelöst, soll in Gaben von 1 Löffel jede halbe Stunde 3 Mal nacheinander und hierauf für je 1 Stunde 1 Löffel nach Bedarf gegeben werden. Auch ein Versuch von Amylnitrit wird empfohlen. Hingegen hält Giacich das Lob des Antipyrins gegen Seekrankheit für unverdient. (Med.-chirurg. Rundschau).

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren		Todtgeboren	Gestorben	
			Summa	Auf 1000 Einw.		Summa	Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	7.—13. Oct.	2888	31,8	—	1536	18,7
Paris . . .	2 260 945	7.—13. Oct.	1178	27,1	87	986	22,7
Brüssel . .	181 270	30. Sept.—6. Oct.	101	29,0	8	80	22,9
Stockholm .	221 549	30. Sept.—6. Oct.	138	32,4	3	65	15,3
Kopenhagen	300 000	10.—16. Oct.	265	45,9	6	122	21,1
Berlin . . .	1 414 980	7.—13. Oct.	921	33,7	32	522	19,2
Wien . . .	800 889	7.—13. Oct.	499	32,4	26	350	21,1
Pest . . .	442 787	30. Sept.—6. Oct.	337	39,6	24	240	28,2
Warschau .	444 814	7.—13. Oct.	299	34,9	17	259	30,3
Odessa . . .	268 000	7.—13. Oct.	—	—	5	120	23,3
St. Petersburg	861 303	14.—20. Oct.	443	26,7	18	340	20,7

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. November 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. November 1888.

Дозв. ценз. Спб. 28. Октября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

☞ Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. ☜ Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 45. **St. Petersburg, 5. (17.) November** **1888.**

Ueber den Bacteriengehalt einiger Gebrauchswässer Dorpats.

(Aus der Universitäts-Abtheilung des Bezirkshospitals in Dorpat).

Von

Dr. med. Eduard von Haudring.

Im ersten Theile meiner im Mai dieses Jahres veröffentlichten Inaugural-Dissertation[1]) habe ich den Bacteriengehalt von 26 hiesigen Brunnenwässern und des die Stadt durchströmenden Embachflusses festgestellt. Die damaligen Zählungen ergaben ein in bacteriologischer Hinsicht günstig zu nennendes Resultat, da über die Hälfte der untersuchten Wässer weniger als 300 Keime pro 1,0 Ccm. Wasser aufwiesen, somit vollständig den Anforderungen entsprachen, welche Plagge und Proskauer[2]), vom bacteriologischen Standpuncte aus, an ein gutes Trinkwasser stellen. Ziehe ich die von anderen Autoren pro Ccm. Trinkwasser für zulässig gehaltene Maximalzahl von 500 Keimen in Betracht, so wird dieselbe nach meinen damaligen Untersuchungen nur von 7 Gebrauchswässern überschritten, jedoch nur bei dreien stieg der Bacteriengehalt über 1000 pro 1,0 Ccm.

Eine Uebereinstimmung zwischen den Resultaten der chemischen und bacteriologischen Analyse konnte ich ebenso wenig wie Heraeus[3]) in seinen Untersuchungen constatiren, da weder der Salzgehalt, noch auch der Gehalt an Salpetersäure oder Ammoniak den Bacterienreichthum des Wassers zu beeinflussen scheint. Die chemischen Daten für die von mir untersuchten Gebrauchswässer sind aus einer Arbeit von Prof. Dr. C. Schmidt[4]) entnommen.

In zweiter Reihe habe ich dann die Veränderungen beobachtet, welche in keimfreier Milch durch die im hiesigen Wasser gefundenen Bacterienarten hervorgerufen werden können; und zwar habe ich vorzugsweise darauf geachtet: ob Gährungserscheinungen und Coagulation der Milch durch dieselben bewirkt wird und welcher Art die dabei sich abspielenden Zersetzungsvorgänge sind. Zu dem Zwecke habe ich 1,0 Ccm. von dem zu untersuchenden Wasser zu der in einem Probirröhrchen sich befindenden, sterilisirten Milch hinzugesetzt, dieselbe bei Zimmertemperatur aufbewahrt und abgewartet, ob in ihr Gerinnung der Milch eintreten würde. Hatte das nun stattgefunden, dann wurde durch das Koch'sche Plattenverfahren ermittelt, ob eine oder mehrere Bacterienarten sich bei dieser Umsetzung in der Milch betheiligt hatten und weiter durch Herstellung von Reinculturen und Impfen steriler Milch mit diesen Reinculturen eruirt, ob diese Gerinnungsvorgänge in der Milch wiederum hervorrufen können. Genaue Angaben, wie bei diesen Untersuchungen verfahren wurde, finden sich in meiner Dissertation, auf welche ich hiermit verweise.

Durch dieses Verfahren habe ich dann festgestellt, dass, mit Ausnahme von einem Brunnen, in allen übrigen von mir untersuchten Gebrauchswässern sich solche Bacterienarten vorfanden, welche eine Gerinnung in der Milch hervorriefen, ferner dass sich in der geronnenen Milch stets nur *eine Bacterienart* entwickelte und vermehrte, auch wenn ich mit dem Wasser mehrere verschiedene Arten von Bacterien gleichzeitig hineingebracht hatte, und schliesslich, dass die gezüchteten Reinculturen in der Milch, sowohl in derselben Zeit als auch in derselben Art, Gerinnung hervorriefen, wie das mit der Milch geschah, welche durch directen Wasserzusatz zur Coagulation gebracht wurde.

Was die dabei sich abspielenden chemischen Vorgänge betrifft, so wurde die Milch entweder unter Bildung von Buttersäure oder Milchsäure zur Gerinnung gebracht. Die von mir gefundenen zwei Arten von Milchsäure-Gährungserreger sind beide Mikrokokken und fanden sich nur in 2 Brunnenwässern; in den übrigen Gebrauchswässern konnten nur solche Bacterien constatirt werden, welche die Milch unter gleichzeitiger Bildung von Buttersäure coagulirten und nachträglich das Milchgerinnsel wieder verflüssigten. Ich

[1]) Haudring: Bacteriologische Untersuchung einiger Gebrauchswässer Dorpats. Dorpater Inaug.-Dissert. 1888.

[2]) Plagge und B. Proskauer: Bericht über die Untersuchungen des Berliner Leitungswassers in der Zeit vom 1. Juni 1885 bis zum 1. April 1886. Zeitschrift f. Hygiene Bd. II, Heft III, pag 401. 1887.

[3]) W. Heraeus: Ueber das Verhalten der Bacterien im Brunnenwasser, sowie über reducirende und oxydirende Eigenschaften der Bacterien. Zeitschrift f. Hygiene Bd. I, Heft II, pag. 193.

[4]) C. Schmidt: Die Wasserversorgung Dorpats, eine hydrologische Wasseruntersuchung. Archiv für Naturkunde Liv-, Ehst- und Kurlands I. Serie, Bd. III, pag. 205—120.

habe vier verschiedene solche Bacterienarten isolirt und zwar 3 Bacillenarten und einen Mikrokokkus. Ueberhaupt sind in den untersuchten Gebrauchswässern 15 verschiedene Bacterienarten, nämlich 6 Mikrokokken- und 9 Bacillenformen gefunden worden.

Im Anschluss nun an diese im Winter vorgenommenen Zählungen und Untersuchungen habe ich in den Monaten Juni und September dieses Jahres nochmals die Anzahl von Mikroorganismen pro Ccm. Wasser in einigen schon von mir untersuchten Gebrauchswässern constatirt und gebe das Resultat der Untersuchung in nachstehender Tabelle, auf welcher sich zu orientiren wohl keine Schwierigkeiten machen wird.

Brunnen №	Zahl der entwickelungsfähigen Keime pro 1,0 Ccm. Wasser im Winter	Juni	September
I	9	7	6
II	24	21	5
III	25	115	58
IV	40	347	144
V	43	2	5
VI	46	140	unzählbar
VII	58	7	16
VIII	68	348	42
XI	137	1782	444
XII	157	130	64
XIV	203	15	63
XV	239	3441	672
XIX	453	378	436
XX	491	343	508

Ich bemerke nur, dass die römischen Ziffern den Platz andeuten, welchen ein Brunnen, nach den erst vollführten Zählungen in meiner Dissertation, in Bezug auf seinen Bacteriengehalt einnimmt. Um eine Controlle für die Richtigkeit der angegebenen Zahlen zu haben, wurden von jedem Wasser stets mehrere Platten hergestellt. — Wie aus der Tabelle ersichtlich, steigt der Gehalt an Bacterien für den Juni und September bei Brunnen III, IV, VI, XI, XV; bei Brunnen XIX und XX ist das Resultat der zu drei verschiedenen Zeiten vorgenommenen Zählung so ziemlich dasselbe; bei Brunnen VIII steigt der Bacteriengehalt für den Juni, sinkt für den September und schliesslich bei Brunnen XII und XIV sinkt derselbe sowohl für den Juni, als auch für den September.

Ich möchte nicht grossen Werth auf diese Schwankungen des Bacterienreichthums der einzelnen Gebrauchswässer gelegt wissen, da ja bekanntlich ein Brunnen niemals einen constanten Gehalt an Mikroorganismen aufweist und es H e r a e u s sogar gelungen ist, den Gehalt desselben an Keimen durch anhaltendes Pumpen von 5000 auf 35 pro Ccm. Wasser herabzusetzen.

Da ich nun nicht in der Lage bin anzugeben, wie viel Wasser am Tage schon aus dem Brunnen entnommen war, als ich mir meine Probe zur bacteriologischen Untersuchung verschaffte, so ist es ja auch selbstverständlich, dass die von mir angegebenen Zahlen nur einen bedingten Werth haben.

Der hauptsächliche Zweck der im Juni und September vorgenommenen Zählung war, zu constatiren, wie es sich mit dem Bacterienreichthum der *fliessenden* Brunnen I, II, V, VII verhält. Dieselben entleeren nämlich beständig das von der zugehörigen Quelle producirte Wasser nach aussen, es kommt also hier nicht zum Stagniren des Wassers und deshalb auch nicht zu einer controllirbaren Vermehrung der in demselben enthaltenen Keime. Ich hatte es demnach hier mit reinem Quell- oder Grundwasser zu thun, von dem schon R o t h[5]) und M a l a p e r t[6]) behaupten, dass in demselben keine oder jedenfalls nur äusserst wenige Keime enthalten sind. Ich wollte nun eruiren, ob der Keimgehalt in diesen Wässern in der warmen Jahreszeit ein grösserer ist als im Winter. Thatsächlich habe ich gefunden, dass im Sommer die genannten fliessenden Wässer, wie die Tabelle zeigt, nicht nur nicht keimreicher, sondern sogar keimärmer geworden waren als im Winter.

Bei Brunnen I und II fliesst das Wasser durch eine Metallröhre ab und zeigt I eine constant äusserst niedrige Anzahl Mikroorganismen pro Ccm. Wasser. Auch II weist eine recht niedrige Zahl von entwickelungsfähigen Keimen auf und eine sehr geringe Schwankung zwischen dem Bacterienreichthum im September einerseits und dem Bacteriengehalt im Winter und Juni andererseits. Bei Brunnen V und VII ergiebt die Zählung für den Winter eine relativ hohe Ziffer, während Juni und September die vorausgesetzten niedrigen Werthe zeigen. Diese auffallende Thatsache lässt sich bei VII durch den Umstand erklären, dass wir es hier zwar mit einer beständig fliessenden Quelle zu thun haben, in welche aber gleichzeitig ein Pumpwerk hineingesetzt ist, in dessen Röhre das Wasser stagnirt, so dass daselbst leicht eine Vermehrung der Keime und eine temporäre Verunreinigung der Quelle stattfinden kann. Letzteres ist wohl auch der Grund, warum ich bei meiner ersten Zählung im Winter ein relativ bacterienreiches Wasser aus der Quelle erhalten habe. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Quelle № V, dieselbe befindet sich am Ende des sogenannten Malzmühlenteiches und entleert ihren Wassersprudel durch eine hohle Rinne, welche, sobald das Wasser des Teiches etwas höher steigt, vom Spiegel desselben überdeckt wird. Dann wird das Quellwasser durch das stagnirende, bacterienreiche Teichwasser verunreinigt, und das war thatsächlich zur Zeit meiner ersten Untersuchung der Fall; im Juni und September dagegen war das Wasser im Teiche gesunken, so dass das Quellenrohr nunmehr völlig frei lag und ich direct das unvermischte, lebendige Quellwasser zu meiner Untersuchung auffangen konnte, in Folge dessen auch das Resultat ein ganz anderes und günstigeres war, nämlich nur 2 resp. 5 entwickelungsfähige Keime im Ccm. Wasser aufwies.

Ich kann somit die Richtigkeit der schon citirten Behauptung von R o t h und M a l a p e r t bestätigen.

Das reine Grund- oder Quellwasser kann daher ohne weitere Reinigung zum Gebrauch zugelassen werden und würde es sich empfehlen, bei Anlegung von Brunnen wo möglich eine derartige Einrichtung zu treffen, dass das von der zugehörigen Quelle producirte Wasser beständig abfliesst und nicht durch Stagniren im Reservoire Gelegenheit zur Vermehrung der Keime giebt.

Als *Resultat* der Untersuchung ergiebt sich Folgendes:

1) *Brunnenschachte mit stagnirendem Wasser sind constant reicher an Mikroorganismen als fliessendes Quellwasser.*

2) *Während im Brunnen mit stagnirendem Wasser der Bacterienreichthum je nach den äusseren Umständen, vor allen Dingen je nachdem, wie stark er benutzt wird, ein äusserst wechselnder ist, erhält sich im fliessenden Quellwasser der Bacteriengehalt recht constant.*

3) *Im fliessenden Wasser ist der Keimreichthum unabhängig von der Lufttemperatur und derjenigen des Wassers selbst.*

4) *In allen Brunnen- und Quellwässern Dorpats sind Mikroorganismen enthalten, welche in steriler Milch Butter- oder Milchsäuregährung hervorzurufen im Stande sind. Handelt es sich um Buttersäuregährung, so wird nachträglich das gewonnene Casein durch dieselben Bacterien wieder verflüssigt.*

Referate.

H. R o s i n: Ueber die Wirkung des Sulfonal. (Berl. kl. W. 1888, № 25.)

Das Sulfonal wurde an Gesunden und an Kranken geprüft. Gegeben wurde es in Oblaten. Die Dosis von 1,0 erwies sich als wenig sicheres schlaferzeugendes Mittel; unangenehme Nebenwirkungen wurden bei psychisch unbeeinflussten Personen nicht wahrgenommen. Die Dosis von 2,0 erzeugte dagegen sehr guten Schlaf, selbst am Tage,

[5]) R o t h: Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin und öffentl. Sanitätswesen Bd. XLIII, Heft 2. 1885.

[6]) R. v. M a l a p e r t - N e u f v i l l e: Zeitschrift f. analyt. Chemie. 1886. Jahrg. XXV, Heft 1.

nach gut verbrachter Nacht. Eine kleine Anzahl der Patienten klagte über ein Gefühl von Taumel, das ½—1 Stunde nach dem Erwachen anhielt; andere unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht bemerkt. Bei Phthisikern wurde durch 2,0 Sulfonal der Hustenreiz nicht so gut gemildert wie durch 0,01 Morphium, so dass in Fällen, wo die Schlaflosigkeit durch den Hustenreiz verursacht wird, das Morphium dem Sulfonal vorzuziehen ist. Bei 4,0 Sulfonal trat ein sehr intensiver Schlaf ein; die Versuchspersonen erwachten mit einem Gefühl von Taumel, das ziemlich lange, oft den ganzen Tag anhielt. Andere Nebenerscheinungen als das Taumelgefühl wurden nicht beobachtet. »Alles in allem genommen erweist sich das Sulfonal in der Dosis von 3,0 als ein nicht hinter der Sicherheit der anderen bewährten Schlafmittel, wie Morphium und Chloral, zurückstehendes Medicament, das wegen des Ausbleibens der schädlichen Nebenwirkungen, selbst in doppelt so starker Dosis (4,0), in Fällen von uncomplicirter Schlaflosigkeit sehr zu empfehlen ist«. L—n.

Docent Dr. S. Ehrmann: Ueber Jodoformium bituminatum, ein neues Jodoformpräparat, und über dessen Verwendung bei Behandlung der Hautulcera, namentlich des Ulcus molle. (Centralblatt für die gesammte Therapie, 1888, VII. Heft.)

Um die bei Anwendung des Jodoform hervortretenden unangenehmen Eigenschaften desselben (penetranter Geruch, Hervorrufen von Erythemen und Eczemen, zu üppige Granulationswucherung) einigermassen zu mildern, schlägt der Verf. eine Combination von Jodoform mit Theer vor, das Jodoformium bituminatum. Dasselbe stellt glimmerähnliche, durchsichtige Schuppen von bräunlich metallisch glänzender Farbe dar, die sich leicht pulverisiren lassen und in denen der charakteristische Jodoformgeruch vollkommen geschwunden und nur ein leichter nicht unangenehmer Theergeruch zurückgeblieben ist. Dieser Theergeruch ist so schwach, dass man ihn nur bei grösseren Massen des Präparates empfindet (zur Deckung des Theergeruchs genügt übrigens eine äusserst geringe Menge von Styrax liquidus). Der Jodoformgeruch stellt sich ein, wenn man das Jodoformium bituminatum mit grösseren Mengen Wasser schüttelt; bei sehr ausgedehnten und stark secernirenden Wunden wäre daher die Geruchlosigkeit keine absolute.

Verf. wandte das Jodoformium bituminatum bei folgenden Krankheiten an: 1) weiche Geschwüre; 2) als Verbandmittel bei Eröffnung suppurirender und Exstirpationen strumöser Leistenbubonen; 3) bei gummösen und 4) bei Fussgeschwüren. Am zweckmässigsten fand es Verf. bei weichen Geschwüren, namentlich bei solchen, welche zur Gangränescirung tendirten (phagedänisch wurden) und dann in jenen Fällen, wo das reine Jodoform wegen Eczem nicht angewandt werden konnte. In 22 Fällen von Ulcus molle trat bei Anwendung von Jodoformium bituminatum verhältnissmässig rasch Heilung ein, während früher reines Jodoform ohne wünschenswerthen Erfolg angewendet war. In 7 Fällen von Geschwürstumoren, bei denen die Granulationsbildung unter Jodof. purum schlecht von Statten ging und der Heilungsprocess sich wochenlang in die Länge zog, stellte sich bei Anwendung von Jodof. bituminatum schon in wenigen Tagen (durchschnittlich in 6 Tagen) gute Granulationsbildung ein mit rascher Vernarbung. In 2 Fällen von gummösen Geschwüren geschah unter Jodof. bitum. die Reinigung und Ueberhäutung der Geschwüre sehr rasch (in 11 resp. 14 Tagen). In Bezug auf die Behandlung von Ulcera cruris mit Jodof. bitum. will Verf. kein definitives Urtheil fällen, da er nur 2 Fälle, übrigens mit günstigem Ausgange, behandelt hat. Besonders anwendbar wäre das Jodof. bitum., nach des Verf. Ansicht, bei vernachlässigten, übelriechenden, äusserst stark secernirenden Unterschenkelgeschwüren.

Die Methode, welche Verf. anwandte, war folgende: das pulverisirte Jodof. bitum. wird mit einem Pinsel aufgetragen und darüber eine dünne Schicht Bruns'scher Watte gelegt. Ueber dieselbe kommt der gewöhnliche Verband. Der Verbandwechsel erfolgt entweder alle 24 oder alle 48 Stunden, sogar bei starker Eiterung oder anderweitiger Verunreinigung des Verbandes zweimal täglich. —ss.

O. Kappeler: Beiträge zur Lehre von den Anästheticis. II. Die feineren Veränderungen des Pulses in der Narkose. (Langenbeck's Archiv. XXXVII, 2).

Verf. hat mittelst des Marey'schen Sphygmographen die feineren Veränderungen des Pulses unter der Einwirkung verschiedener Anästhetica untersucht und ist zu recht wichtigen Resultaten gekommen. Was zunächst die Pulscurve in der Chloroformnarkose anbetrifft, so fallen an derselben folgende Eigenthümlichkeiten ins Auge:

1) Die Ascensionslinie steigt etwas schräger empor; der Curvengipfel ist stumpf, abgerundet, kolbig; und der absteigende Schenkel nimmt stets eine bedeutend schrägere Richtung an.

2) Die Rückstosselevation liegt höher, dem Curvengipfel oft sehr nahe und ist gewöhnlich weniger ausgeprägt, so dass die grosse Incisur (Wolff) mehr oder weniger abgeflacht erscheint.

3) Die Elasticitätselevationen sind abgeschwächt oder fehlen ganz.

4) Ausnahmslos finden sich anakrote Erhebungen, es besteht ausgesprochener Anakrotismus.

Die Spreizung der Curvenschenkel und Abrundung der Curvengipfel beruht zum grössten Theil auf Lähmung der Vasoconstrictoren, da nach Wegfall der activen Contraction der Arterienwandung die nach der systolischen Erweiterung folgende Verengerung der Gefässe nur noch vermöge der Elasticität der Arterienwandung und mithin weniger rasch und energisch eintritt. Zum Theil ist für die Spreizung der Curvenschenkel übrigens wohl auch die verminderte Pulsfrequenz verantwortlich. — Die Abschwächung der Rückstosselevation sieht Verf. als Folge des behinderten Blutabflusses durch Stauung in den Capillaren an, welche ja durch directe Beobachtung der Lungencapillaren in der Chloroformnarkose festgestellt ist. Uebrigens ist diese Erscheinung bei Anakrotismus stets vorhanden. — Die Abschwächung der Elasticitätselevationen ist ebenfalls ein Beweis für die geringere Spannung der Arterienwandung; und ebenso kann der Anakrotismus nur durch die Vasoconstrictorenlähmung erklärt werden, insofern nämlich dieselbe eine hochgradige Verlangsamung der Circulation zur Folge hat, welche, beim Thiere durch Rückenmarksdurchschneidung künstlich hervorgebracht, ebenfalls Anakrotismus erzeugt.

Unter 50—60 Einzelbeobachtungen fand Verf. nur einmal, bei einem jugendlichen Individuum, die vorstehend analysirten Veränderungen trotz tiefer Narkose nur ganz schwach angedeutet. Andererseits wird es aber wohl auch Individuen geben, wo schon nach Inhalation geringer Mengen dieselben Erscheinungen in bedrohlicher Weise ausgeprägt sind, und bei denen man dann mit Recht von einer Idiosynkrasie gegen das Chloroform sprechen könnte.

In ähnlicher Weise verhalten sich die Pulscurven bei fast allen übrigen vom Verf. in dieser Beziehung studirten Anästheticis, als da sind: 1) Morphium und Chloroform, 2) das englische Methylenbichlorid, 3) das deutsche Methylenbichlorid, 4) Aethylidenchlorid, 5) Bromaethyl, 6) Dimethylacetol (v. Mering'sche Mischung) und endlich auch Aether-Alcohol-Chloroformmischung, wenigstens bei Anwendung grösserer Mengen. Nur die Aetherpulscurven zeigen ganz wesentliche Abweichungen von den Chloroformpulscurven. Allerdings sind auch bei jenen die Curvengipfel abgeflacht und verbreitert und die Elasticitätselevationen abgeschwächt oder verschwunden; aber die Einwirkung auf die grosse Incisur kommt nur in der Hälfte der Fälle und lange nicht in dem Maasse zur Anschauung, wie beim Chloroform, und der Anakrotismus fehlt meist ganz oder ist doch nur leise angedeutet.

Wenn sonach der Einfluss auf die Circulation fast allen Anästheticis in gleichem und nur dem Aether in erheblich geringerem Maasse vorgeworfen werden muss, so scheint die Bewegung zu Gunsten des letzteren, wie sie namentlich in England herrscht, wohl begründet. Doch schiesst dieselbe nach Ansicht des Verf. weit über das Ziel hinaus, wenn sie die Anwendung des Chloroform schon als strafbar und unwissenschaftlich proscribirt. Dazu fehlt uns einmal eine brauchbare Statistik der Chloroformtodesfälle und zweitens der Nachweis, dass der Aether wirklich so ungefährlich ist. Nun aber sind syncoptische Aethertodesfälle, wie sich auch schon aus der Pulscurve a priori ergiebt, sehr wohl möglich; ferner ist der Aether bei Lungen-, Pleura- und Nierenerkrankungen, sowie nach der übereinstimmenden Ansicht aller, auch der englischen, Chirurgen im Kindesalter contraindicirt; und endlich für Arzt und Patienten ein sehr unangenehmes Anästheticum und zudem sehr feuergefährlich, so dass er niemals eine so allgemeine Verwendung finden kann, wie das Chloroform. Ebenso wenig sind die in neuerer Zeit vorgeschlagenen und versuchten complicirten Anästhesirungsmethoden und gemischten Narkosen bisher besonders einladend.

Berechtigt erscheint die Forderung des Verfassers, dass neu einzuführende Anästhetica vor ihrer Anwendung beim kranken Menschen in erster Linie hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Puls untersucht werden sollten. G.

Aufrecht: Eine 20 Jahre dauernde Nephritis nach Scharlach mit dem Ausgang in eine weisse Schrumpfniere. (D. Arch. für klin. Med. Bd. 42, Heft 6).

Verf. beschreibt einen wohl einzig dastehenden Fall von nach Scharlach aufgetretener Nephritis, welche 20 Jahre mit fast stetem, nur in der Quantität wechselndem Eiweissverlust und sehr häufigen intercurrenten Blutungen angedauert hatte. Trotz der Schwere des Leidens hat der Patient das Gymnasium durchmachen, seinen Universitätsstudien obliegen und sein Assessorexamen ausführen können. Ebenso vermochte er körperlichen Uebungen so gut wie ein Gesunder obzuliegen. Eine grosse Reihe von Jahren documentirte sich seine Krankheit eigentlich nur durch Eiweiss- und Blutverluste; erst in den letzten Jahren traten migräneartige Zustände auf und in den letzten Lebensmonaten urämische Erscheinungen und eine Retinitis albuminurica. Ein halbes Jahr nach dem Auftreten des Scharlachfiebers hatte sich Oedem des Gesichts eingestellt; während des ganzen Verlaufes der Krankheit war keine wassersüchtige Anschwellung vorhanden und erst 4 Wochen vor dem Tode war vorübergehendes Oedem des Gesichts, der Arme und des Halses zu constatiren.

Die Section ergab eine weisse Schrumpfniere, welche nach Ansicht des Verf. aus einer primären parenchymatösen Nephritis hervorgegangen war. J. Taube (Moskau).

F. Grob: Ueber Bradycardie. Aus der medicinischen Klinik in Zürich. (D. Arch. für klin. Med. Bd. 42, Heft 6).

Auf Grundlage von 100 eigenen und 40 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen giebt Vf. eine zusammenfassende Darstellung von Bradycardie d. h. Pulsverlangsamung.

Man muss unterscheiden zwischen einer physiologischen, einer idiopathischen und symptomatischen Bradycardie. Zur ersteren gehört die Pulsverlangsamung, die bei ganz gesunden Menschen, ja ganzen Familien vorkommt, ebenso die Pulsverlangsamung bei gesunden Wöchnerinnen und Fastenden. Von einer idiopathischen Bradycardie kann man sprechen, wenn die Pulsverlangsamung als selbständiges Leiden bei gesunden Circulationsorganen und Fehlen jeder anderen Organerkrankung auftritt. Diese Form scheint meist betagte Leute von über 50 Jahren und wie die Bradycardie überhaupt zumeist das männliche Geschlecht zu betreffen. Die nähere Aetiologie ist meist dunkel. Gemüthsaffecte, starke Erschöpfung, heftige Schmerzen, übermässiger Tabaksgenuss kommen zuweilen in Frage. Diese Fälle haben das Gemeinsame, dass die Pulsverlangsamung mit Dyspnoe, Schwindel, Ohnmachten, epileptischen und apoplektiformen Zuständen einhergeht. Man wird hier eine «Neurose des Herzens» annehmen müssen, ob eine Reizung der Nervi depressores oder ein Reizzustand der Herzfasern des Vagus oder irgend ein abnormer Zustand der nervösen Centren im Herzen selbst vorliegt, müssen erst eingehende pathologisch-anatomische Untersuchungen aufklären.

Die symptomatische Bradycardie endlich tritt namentlich auf: bei Gelenkrheumatismus, bei Krankheiten des Circulationsapparates, bei Erkrankungen der nervösen Centralorgane und peripheren Nerven, bei Krankheiten des Verdauungstractus, bei chronischen Infectionskrankheiten und Constitutionsanomalien und in der Reconvalescenz nach acuten fieberhaften Krankheiten. Diese symptomatische Bradycardie ist weitaus die häufigste, ihre nähere Ursache kann augenscheinlich recht verschieden sein, auch sie betrifft vorwiegend das männliche Geschlecht, mehr das mittlere Lebensalter und geht nur bei Herzkrankheiten häufig, sonst verhältnissmässig selten, mit den oben angeführten Erscheinungen einher. Am häufigsten ist sie bei acutem Gelenkrheumatismus, unabhängig von sonstigen Herzerscheinungen, unabhängig von der Salicylsäure. Man wird hier eine directe Schädigung der nervösen Elemente des Herzens durch den specifischen Krankheitsstoff annehmen müssen.

J. Taube (Moskau).

Docent V. v. Hacker (Wien): Ueber die Bedeutung der Anastomosenbildung am Darm für die operative Behandlung der Verengerungen desselben. (Wiener klinische Wochenschrift. Jahrg. I. № 17 und 18).

Verf. empfiehlt auf Grund zweier von ihm operirter Fälle bei Darmstenosen die zuerst von Maisonneuve (1854) ausgeführte Herstellung einer Communication der ober- und unterhalb der Verengerung gelegenen Darmabschnitte, die sog. Entero-enterostomie oder Entero-anastomose (Anastomose intestinale Maisonneuve). Es können für diese Operation folgende Indicationen gelten: 1) Penetrirende, namentlich durch Projectile veranlasste, Verletzungen aneinanderliegender Darmschlingen; 2) narbige Stricturen des Darmes mit ausgebreiteten peritonitischen Verwachsungen. Sitzt die durch narbige Veränderungen der Wand selbst bedingte Stenose an einigermaassen beweglichen Darmtheilen, so ist die Darmresection zu bevorzugen. Ist die Strictur ganz circumscript, ringförmig, dann ist die Darmanastomose, welche in der Spaltung der Darmwand in der Längs- und Vereinigung derselben in der Querrichtung besteht (die von Heinecke und Mikulicz bei Pylorusstenosen angewandte Methode), angezeigt; bei mehr ausgebreiteter, röhrenförmiger Strictur kommt wieder die Resection in Frage. Wenn ausgebreitete Verwachsungen vorhanden sind oder der Kranke so sehr collabirt ist, dass die Darmresection zu eingreifend und gefährlich erscheint, so ist die Herstellung einer Enteroanastomose der Anlegung eines Anus praeternaturalis vorzuziehen. Die letztere Operation tritt jedoch wenigstens als provisorische in ihre Rechte bei allen acut auftretenden Obstructionserscheinungen, wenn die Därme sehr stark meteoristisch ausgedehnt sind, oder schon eine ausgebreitete Peritonitis nachweisbar ist. 3) Maligne, den Darm stenosirende Tumoren, wenn diese zu ausgebreitet und die Kranken zu herabgekommen sind, um von der Resection einen Erfolg erwarten zu können. Der zweite vom Verf. wegen carcinomatöser Darmstenose operirte Krankheitsfall beweist, dass selbst bei acut auftretenden Stenosenerscheinungen und schon bestehender circumscripter Peritonitis die Operation noch günstige Resultate geben kann.

Als noch zweifelhafte erst durch klinische Erfahrung zu prüfende Indicationen wären einzelne Fälle von Kothfisteln, resp. widernatürlichem After, so wie gewisse Formen von Occlusio intestini zu nennen. Was die erstere Kategorie betrifft, käme die Operation natürlich nur in den Fällen in Betracht, in denen keine Spontanheilung der Fistel oder des widernatürlichen Afters mehr zu erwarten wäre und die Resection einen zu gefährlichen Eingriff darstellen würde. Besonders hat hier Verfasser jene Fälle im Auge, wo ausgebreitete Verwachsungen der Därme mit den Bauchwandungen und Schwielenbildungen bestehen. In solchen Fällen schlägt Verf. vor, zum Zwecke der Darmanastomosenbildung nicht von der Fistel aus in die Bauchhöhle einzudringen, welcher Entschluss mit grossen Gefahren verknüpft sein kann, sondern die Laparotomie an einer so weit von der Fistel entfernten Stelle, wo voraussichtlich keine Verwachsungen der Därme mit der Bauchwand mehr vorhanden sind, eventuell an der Linea alba, auszuführen. Von innen her wäre dann der periphere und centrale Theil der zur Fistel führenden Darmschlinge, eventuell unter Leitung einer von aussen her eingeführten Sonde, aufzusuchen und mit einander durch Naht zu vereinigen. Bei diesem Vorgange von innen her kann sicher eine Verunreinigung des Bauchfelles viel eher vermieden werden, als beim Eindringen von Seite der in Schwielen eingebetteten Fistelöffnungen. Als Formen von Occlusio intestini, bei denen die Anastomosenbildung von Erfolg begleitet sein dürfte, erwähnt Verf. besonders jene, die durch Verwachsung grösserer Convolute von Därmen sowohl in der Bauchhöhle selbst, als in Hernien, z. B. des Nabels etc., bedingt sind, auch Darminvaginationen, welche nach der Laparotomie nicht zu lösen sind, Fälle also, wo die Resection des ganzen, vielleicht mehrere Meter betragenden Darmstückes als zu heroischer Eingriff erscheinen würde. Aus den erwähnten Indicationen folgt, dass durch die Entero-enterostomie (Entero-anastomose) einerseits Schlingen des Dünn- oder Dickdarmes untereinander, andererseits Schlingen des Dünndarms mit solchen des Dickdarmes vereinigt werden können. Es dürfen aber auch hier, wie bei der Resection, nicht allzu grosse Darmstücke aus der Circulation ausgeschaltet werden. Am Dünndarm wird die Operation hauptsächlich bei Schussverletzungen im Kriege zur Ausführung kommen. Am Dickdarm wird sie namentlich bei Stricturen und zwar, gleichwie die Resection, besonders an den mehr beweglichen Theilen desselben (Quercolon, Curvatura sigm.), wegen des Hauptsitzes der Stenosen am Coecum, namentlich zwischen unterstem Ileum und Colon ascendens, stattfinden (Ileo-colostomie). In der That bestanden alle bisher am Lebenden wegen Darmstenose ausgeführten Anastomosenbildungen in der Ileo-colostomie.

Bei der Vereinigung der Därme zum Zwecke der Darmanastomosenbildung hat sich, wie auch bei der Gastro-enterostomie, die Combination von inneren und äusseren Darmknopfnähten (für Peritoneal- und Muskelschichte) mit einer fortlaufenden Naht der Schleimhaut vollkommen bewährt. Der Bauchdeckenschnitt wird, wenn der Sitz der Stenose unbekannt ist, in die Linea alba, falls jedoch ein Strang oder Tumor fühlbar ist, dessen Lage mit den vorhandenen Symptomen übereinstimmt, ungefähr in die Längsrichtung desselben (meist also über der Einmündungsstelle des Ileums in's Coecum), bei schon vorausgegangener Operation in die Gegend der Narbe oder neben dieselbe zu verlegen sein. Ob es nöthig sei, in jedem Falle von Darmstenose die ausgeschabte Darmschlinge dicht unterhalb, resp. peripher von der angelegten Anastomose zu verengern (z. B. durch Einstülpung der Darmwand in Längsfalten und Anlegung die Falten höher vereinigender Nähte) wird erst die weitere klinische Erfahrung zeigen. Die Furcht, dass in dem ausgeschalteten Darmstück sich anhäufender Inhalt zu Ulcerationsprocessen Veranlassung geben könnte, scheint unbegründet zu sein.

—ss.

C. Gager: Fluorwasserstoffsäure-Inhalationen bei Tuberculose der Lungen. (D. med. W. № 29. 1888).

Bei 17 Phthisikern hat Verf. die Inhalationen in einem eigens zu dem Zweck hergestellten kleinen Zimmer vornehmen lassen. In der Regel wurde täglich eine Stunde inhalirt, in letzter Zeit haben einige auch zwei Stunden täglich inhalirt. Die Resultate fordern zur Nachahmung auf, in 5 Fällen schwanden die Bacillen aus dem Auswurf und gleichzeitig besserte sich der physikalische Befund; auch sonst besserte sich der physikalische Befund, und bei 12 Patienten fand Gewichtszunahme statt. In 7 Fällen nahm die vitale Capacität von 100—600 Ccm. zu. Wo der Kehlkopf afficirt ist, sind die Inhalationen nicht anzuwenden, sie reizen zu sehr. Nachtheilige, schädliche Wirkungen hat er nicht bemerkt.

Max Schmidt.

Gempt: Die Anwendung von Coffeindoppelsalzen bei Lungenerkrankungen. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. № 25 und 26).

Sehr häufig erwächst den an Pneumonia croup. Erkrankten eine grosse Gefahr aus der Herzschwäche; dieses kommt besonders häufig vor bei Herzkranken, bei schlecht genährten Individuen, bei Potatoren, bei vorhandenem Emphysem oder Lungenverwachsungen, mitunter aber auch, gegen unsere Erwartungen, bei scheinbar gesunden, ungeschwächten Personen. In diesen Fällen ist ein Mittel erwünscht, dass sehr schnell und prompt wirkt. Gerade der rasche Eintritt der Coffeinwirkung bei den gut resorbirbaren Coffeindoppelsalzen, ferner der Vorzug, dass cumulirende Wirkung und Gewöhnung an das Mittel nicht zu befürchten ist, hat Verf. auf den Gedanken gebracht, das Coffein bei Lungenentzündungen zu versuchen. Verf. bediente sich des Coffein. natrosalicylic. und gab es in Gaben von 0,2—0,5 3 bis 6 Mal täglich. Verf. ist sehr zufrieden mit seinen Resultaten, die durch einige kurze Krankengeschichten erläutert werden. Er hält die Anwendung des Coffein. natrosalicyl. bei acut fibrinösen Pneumonien für indicirt: so bald eine Abnahme der Herzkraft, ein Sinken des Druckes in dem Aortensystem, eine abnorm hohe Pulsfrequenz oder Arythmie des Pulses bemerkt wird.

Das Mittel muss womöglich angewandt werden, bevor noch wirkliche Collapserscheinungen sich einstellen, und bei vorhandenen Schwächezuständen, wie Fehlern oder Atrophien des Herzens, ist die Anwendung des Coffein schon vom Beginn der Krankheit an zu empfehlen. Bei richtiger Anwendung geeigneter Dosen besteht die Wirkung in Verminderung der Puls- und Athemfrequenz, Erhöhung des arteriellen Druckes, Abnahme der Temperatur und günstiger Einwirkung auf das subjective Befinden.

L—n.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 12. April.

1. Dr. Paulson demonstrirt eine Reihe mikroskopischer «Präparate von Leprabacillen der Haut wie innerer Organe», die er von verschiedenen Patienten aus der Umgegend Riga's erhalten hat und welche in seiner Dissertation genau beschrieben worden.

2. Dr. Dombrowski zeigt das Präparat eines kürzlich resecirten Kniegelenkes, wo er anfänglich auch nach Tiling den Bandapparat schonen wollte, leider aber wie in seinen früheren Fällen wieder vollständige Zerstörung der Seitenbänder fand und daher das ganze Gelenk opfern musste. D. stellt nun an die Collegen die Anfrage, ob sich ihnen in der Hospitalpraxis Fälle von tubercul. Kniegelenkerkrankung geboten haben, wo bei der Resection der Bandapparat noch intact gewesen ist.

Discussion: Dr. Tiling stimmt mit dem Referenten überein, dass aus der armen Bevölkerung meist nur späte Formen zur Operation gebracht werden und bemerkt ferner, dass die Frage, ob der Knochen krank oder nicht, schwer zu entscheiden sei, wenn der Knochen nur weichere Stellen zeigt, die Färbung aber normal ist. Auch in der vorliegenden Patella ist es nicht ganz klar, obgleich sie weich ist.

Was die Anwendung seiner Methode betreffe, so schliesst ein Fall, wie der vorliegende, deren Anwendung nicht aus, denn so lange man nicht weiss, ob wirklich das ganze Gelenkende des Knochens afficirt, kann man jedenfalls mit seiner Methode beginnen und event. weiter gehen.

Dr. Dombrowski erwidert, dass er bei ca. 20 Fällen von Knieresection in seiner Hospitalpraxis kein einziges Mal die Ligamenta lateralia erhalten gefunden; da war also von Arthrectomie keine Rede mehr.

Dr. Schmitz stimmt mit der Tiling'schen Ansicht über die Schwierigkeit der Diagnose der Knochenerkrankung völlig überein. Wenn die Pat. lange liegen, findet man das Knochenmark blass, so dass man wirklich nicht weiss, ob es gesund oder nicht. In der Privatpraxis hat S. wiederholt gefunden, dass die Seitenbänder erhalten geblieben waren. Von 3 Fällen von Fungus, die er im letzten Jahre nach König operirt, trat in einem ein Recidiv auf. In einem anderen Falle, der kürzlich operirt, waren beide Lig. cruciata und lateralia erhalten.

Die Tiling'sche Methode ist im Kinderhospitale des Prinzen von Oldenburg 2 Mal von Dr. Grubert ausgeführt worden und zwar mit äusserst günstigem Erfolg, so dass sie auch weiter geübt werden soll.

Dr. Anders bestätigt die Erwähnung D.'s, dass die Fälle in späten Stadien ins Hospital kommen, er hat stets bedeutende Affectionen der Bandapparate gefunden. Wiederholt hat A. die Knieresection nach Tiling begonnen, jedoch zu energischerem Eingreifen und Entfernen übergehen müssen. Die Frage, wie weit man conservativ bei der Operation vorgehen soll und wann man operiren muss, ist noch als offen zu betrachten. Im Beginn des Kniegelenkleidens zieht A. das Gehen auf Krücken (zur Entlastung) dem Thomas'schen Apparat vor.

Dr. Masing spricht über seine Erfahrungen aus dem Marien-Magdalenenhospital, wo er übrigens nur über geringes Material verfüge bezüglich Gelenkleiden, doch hat er die Ueberzeugung gewonnen, dass die Affectionen besonders häufig von den Anheftungsstellen der Bandapparate ausgehen. M. hat ein Fussgelenk nach Tiling operirt und bestätigt, wie vorzüglich man dabei die Gelenkhöhle übersehen könne.

Dr. Selenkow hat im Obuchowhospital wiederholt nach Volkmann Arthrectomien ausgeführt und dabei die Bandapparate gesund gefunden, doch mussten sie, entsprechend dem Operationsplane, durchschnitten werden. Wenn man daher überhaupt die Arthrectomie machen will, so könne man das nur nach Tiling's Methode mit Erhaltung der Bänder erreichen.

Da aber in frischen Fällen die Patienten sich schwer zur Operation entschliessen, hat S. im Obuchowhospital wiederholt zur *Ignipunctur* greifen müssen, obgleich er sich nicht viel davon versprach, da die Operation eigentlich planlos und unwissenschaftlich. Indessen war er über ihre günstige Wirkung geradezu erstaunt. Die Schmerzen hörten in einigen Tagen auf und nach einigen Wochen konnten die Patienten gehen und allmälig mit Ankylose zu ihrer Beschäftigung zurückkehren. Am günstigsten ist das Resultat, wenn die Erkrankung nur synovial. Schlechte Folgen hat S. noch kein Mal gesehen.

Dr. Dombrowski meint dazu, im Hospital wirke ja auch die ruhige Lage günstig; Recidive treten wohl erst später wieder auf.

Dr. Tiling erwähnt, dass früher das Glüheisen ja auch bei Knieleiden oft applicirt worden, doch traten auch da Recidive auf; er selbst hat ein solches ein Mal operirt.

Dr. Anders hebt hervor, dass bei der Ignipunctur die ganze Tuberkelmasse unberührt bleibt, daher wirken auf die Besserung wohl nur Ruhe und Entlastung.

Dr. Tiling stimmt Letzterem ganz bei und meint, man könne nicht oft genug gegen das Löffeln der Gelenke protestiren.

Dr. Selenkow wendet gegen Dr. Anders' Ansicht ein, dass doch eine ganze Reihe tuberculöser Herde durch 20—30 Ignipuncturen zerstört werden müssen und hebt hervor, dass die Ignipunctur nur bei frischen Fällen verwendbar. Recidive können nach allen Methoden auftreten.

3. Dr. Tiling berichtet über einen Fall tödtlicher Nachblutung aus der Art. femoralis in Folge von *Atheromatose*:

Herr H., 62 Jahre alt, gerieth am 3. April 1888 beim Abspringen vom Wagen des Dampf-Tramway mit dem linken Fuss unter den folgenden Wagen. H. war beim Abspringen gefallen und meint, dass die Schmierbüchse des zweiten Wagens den Fuss gegen den Boden gequetscht hat. Einige Stunden nach dem Unfall wurde Pat. in das klinische Institut aufgenommen. Pat. ist von kräftiger Statur, aber von nicht geringer Fettleibigkeit, der linke Fuss zeigt drei Wunden, eine ca. 10—12 Ctm. lange am inneren Fussrande, eine zweite etwas kürzere unter dem Malleolus externus, die dritte bildet eine Quetschwunde der grossen Zehe. Von dieser ist der Knochen der zweiten Phalanx stark gequetscht und wird entfernt. Der ganze Fussrücken ist durch Blutextravasate sehr stark geschwollen, in nicht geringem Maasse ist der Unterschenkel sugillirt und geschwellt bis zum Knie hinauf. Die Wunde unter dem Malleolus ext. hat das Talo-Tibialgelenk weit eröffnet, ein ca. 2 Ctm. langer Knochensplitter liegt frei im Gelenk und wird entfernt, der Malleolus internus ist abgebrochen, ebenso ein kleines Stück von dem Hinterrande der Tibia, beide Fragmente hängen breit mit den bedeckenden Weichtheilen zusammen und werden daher belassen, die Knochen des Mittelfusses und des Unterschenkels höher oben heil, Gefässe unverletzt. Zur Druckentlastung und damit Verhütung von Nekrose wird die äussere Wunde bis zu den Zehen und bis auf den Unterschenkel erweitert, die Coagula entfernt und die der Nekrose verdächtigen Zellgewebs- und Muskeltheile abgetragen. In Zehen und Haut Gefühl erhalten bis auf verstreute kleine Inseln. Energische Desinfection. Pat. wurde dieser Operation ohne Narkose unterworfen, da er selbst mittheilte, sein Hausarzt habe ihm gesagt, er sei so herzleidend, dass er sich niemals einer Chloroformnarkose unterwerfen dürfe. Die ersten drei Tage war Pat. fieberfrei, hatte gar keine Schmerzen, fühlte sich sehr wohl, täglich wurde verbunden und desinficirt, wobei sich zeigte, dass immer mehr Hautpartien des Fussrückens bläulich, gefühllos, dann weiss wurden und der Nekrose verfielen, ebenso die zweite Zehe; der Unterschenkel begann abzuschwellen, es bildeten sich Fältelungen in der Haut. Es folgte nun aber Fieber (39°) ohne Frost bei Obstipation, ein Laxans drückte die Temperatur nur für den Morgen herab, am Abend und in der Nacht traten Unbesinnlichkeit und leichte Delirien auf bei einem Puls von einigen achtzig Schlägen. Es wurde das Jodoform ganz weggelassen. Die psychische Alteration wurde geringer, schwand aber nicht ganz, die Abendtemperaturen blieben hoch, die Wunden des Fusses hatten kein reines Aussehen und der Unterschenkel schien wieder etwas geschwellter. Unter solchen Umständen schien weiteres Bemühen um die Erhaltung des Fusses nicht statthaft, es wurde also Pat., nachdem von competenter Seite hochgradiges Lungen-Emphysem, Insufficienz der Mitralis bei Herzschwäche und Arteriosclerose festgestellt worden, die Amputation vorgeschlagen ohne Narkose. Pat. willigte ein und am 11. April um 2½ Uhr wurde dieselbe nur unter örtlicher Anaesthesirung durch Cocain-Injectionen im unteren Drittel des Oberschenkels von T. ausgeführt. Pat. ertrug dieselbe, eine Cigarre rauchend, ohne jede Schmerzensäusserung mit bewunderungswürdiger Energie. Die Gefässe klafften sehr stark, schienen aber nicht sehr hart. Die Wunde wurde nicht genäht. Unmittelbar nach der Operation fühlte sich Pat. vortrefflich und meinte, er fühle sich leichter und hoffe, jetzt nicht immer auf dem Rücken liegen zu müssen. Die Amputation selbst hatte nur einige Minuten gedauert. Um 3 Uhr wurde Pat. auf sein Zimmer getragen. Ungefähr um 4½ Uhr soll Pat. mit geringem Drängen Harn gelassen und dabei gesagt haben, es sei ihm, als ob etwas losgegangen sei und als ob etwas fliesse. Die barmherzige Schwester fand den Verband blutdurchtränkt und schickte nach Dr. T. eine Treppe hinauf. T. lief sofort hinzu, es können nur wenige Minuten vergangen sein, fand den Pat. sehr blass, tief athmend und pulslos. Unter Compression der Art. femoralis wurde der Verband abgenommen, aus dem Lumen der Art. femoralis sickerte etwas Blut, die Ligatur lag am Orte der Unterbindung ½—¼ Ctm. vom Ende. Im Hinblick auf die Möglichkeit des Durchgeschnittenseins der Arterie legte T. statt einer gewöhnlichen Ligatur eine ungewöhnlich dicke, einen Ctm. weiter centralwärts um die Arterie. Da die Wunde nicht genäht war und der Arterienstumpf weit hervorragte, hatte diese Operation nur wenige Minuten erfordert, Pat. athmete trotz Anwendung von Wein und Moschus subcutan immer flacher, Elektrisirung der N. phrenici und künstliche Athmung bei Erhebung des unteren Bettendes und des rechten Beines blieben ohne jeden Erfolg, Athmung und Herzschlag standen nach wenigen Minuten, die künstliche Respiration wurde ungefähr eine halbe Stunde noch fortgesetzt, aber ohne jeden Erfolg. Die Section am 12. April bestätigte Emphysem der Lungen, Insufficienz der Mitralis, am rechten Ventrikel war in grosser Ausdehnung die Muskulatur ganz durch Fett ersetzt, durch die ganze Aorta hindurch starkes Atherom, ebenso in der Femoralis, aber nirgends Kalkablagerungen, überall nur inselförmige, massenhafte, gelbe Flecke. An und in den Organen starke Fettentwickelung. Auf der linken Art. femoralis sassen noch beide Ligaturen, die periphere nur lose. Nach Herauspräparirung und Längsschlitzung der Femoralis bewahrheitete sich die Vermuthung, dass die Ligatur durchgeschnitten, Intima wie Muscularis waren ganz durchtrennt, die Adventitia bis auf

eine dünne, durchscheinende Schicht. Es hatte aber auch die zweite, dicke Ligatur beide inneren Häute durchschnitten, wie an dem demonstrirten Präparate mit den in den Schnürfurchen haftenden Ligaturen zu sehen. Die Blutung hatte offenbar folgenden Entstehungsmodus: Die durchschnittenen inneren Arterienhäute waren bis zu der genannten Anstrengung (Harnlassen) in der Ligatur eingeklemmt und schlüpften bei der Anstrengung erst aus der Ligaturschlinge, wodurch die letztere locker wurde und der Achsenstrom frei durchtreten konnte durch die Ligatur. Als Beleg für die übergrosse Brüchigkeit der Arterienwände demonstrirt T. ein Stück der Femoralis. das unter dem Poupart'schen Bande herauspräparirt ist. Dabei war die Arterie einmal mit der Pincette quer leicht gefasst worden und am Präparat ist ein langer Querriss der Intima zu sehen. Da die zweite, dicke Ligatur ebenfalls durchgeschnitten hatte, so wäre, falls es gelungen wäre, den Patienten wieder in's Leben zurückzurufen, eine neuerliche Nachblutung in kürzester Frist zu gewärtigen gewesen. Die Abwesenheit von Kalkablagerungen in den Arterienwänden liessen letztere geringgradig atheromatös erscheinen und deshalb ein Durchschneiden der Ligatur nicht einmal vermuthen. Ueberhaupt hat T. noch niemals eine derartige Brüchigkeit der Gefässwandungen gesehen, wie in diesem Fall. Nachträglich erfuhr T. von Prof. Monastyrski von einem Fall, in dem es Prof. Monastyrski passirte, dass bei jedem Zuschnüren der Ligatur das abgebundene Arterienende jedes Mal einfach abfiel, so dass Prof. M. sich entschliessen musste, endlich dadurch die Blutstillung zu bewerkstelligen, dass die Torsionspincette dauernd an dem Gefäss liegen gelassen werden musste. — Die Masse des in den Verband und das Bett ergossenen Blutes glaubt T. auf ein Pfund und nicht mehr schätzen zu müssen, ein Blutverlust, der von einem gesunderen, minder fettleibigen Individuum gut vertragen worden wäre.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— In der Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte am 25. October wurde einstimmig beschlossen folgende Adresse an das Ehrenmitglied des Vereins, den Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Ernst v. Bergmann in Berlin zu senden:

Hochgeehrter Herr College!

Als vor anderthalb Jahren der Thronfolger des Deutschen Kaiserreichs in gefahrdrohender Weise erkrankte, ist die Theilnahme, welche dieser Krankheitsfall in der ganzen Welt erregte, im Verein St. Petersburger Aerzte besonders lebhaft mitempfunden worden, weil Sie verehrter Herr Professor, der sie unserem Verein als Ehrenmitglied angehören, bestimmt schienen, durch eine rettende That einzugreifen.

Es kam anders!

Die Krankheitsgeschichte Kaiser Friedrich III. hat ein ganzes Jahr hindurch die Gemüther der Zeitgenossen beschäftigt und zu zahllosen Controversen in ärztlichen und Laienkreisen Veranlassung gegeben. Jetzt liegt sie abgeschlossen vor uns, sämmtliche bei der Behandlung des hohen Kranken betheiligten Aerzte haben ihr epikritisches Wort gesprochen und somit können auch wir in der Ferne ein selbständiges Urtheil uns bilden. Die Stellung unseres Vereins zur Sache wird Ihnen selbstverständlich erscheinen und dennoch hat derselbe, bewegt einerseits durch Sympathie für die gute Sache, andererseits für Ihre Person, hochgeehrter Herr Professor, beschlossen, Ihnen, seinem verehrten Ehrenmitgliede, seine herzliche Zustimmung auszusprechen für Ihr ganzes Verhalten in diesem so ernsten und schwierigen Krankheitsfalle, welches neben dem Hauptzwecke, dem Wohle des Kranken, immer die möglichste Wahrung der Würde unseres Standes im Auge behielt.

Der Verein hat die zahlreichen Angriffe, denen Ihre Person während vieler Monate ungerechtfertigter Weise ausgesetzt gewesen, auf's Schmerzlichste mitempfunden. Jetzt aber, da die verdiente Anerkennung Ihnen von allen Seiten reichlich zu Theil geworden, nimmt der Verein Veranlassung seiner freudigen Genugthuung darüber hierdurch Ausdruck zu geben.

Der Vorstand des Vereins.
(Folgen die Unterschriften).

— In der am 28. October stattgehabten Sitzung des Conseils der Dorpater Universität ist, wie die «N. D. Ztg.» meldet, auf Vorstellung der medicinischen Facultät der seitherige ausserordentliche Professor Dr. Carl Dehio zum *ordentlichen Professor* des von ihm bekleideten Lehrstuhls der speciellen Pathologie und Klinik gewählt worden.

— Am 7. November n. St. beging der weltberühmte und um die Wissenschaft hochverdiente Professor der Physiologie an der Berliner Universität, Dr. Emil du Bois-Reymond, seinen *70. Geburtstag* in seltener Körper- und Geistesfrische. Bei dieser Gelegenheit wurden ihm zahlreiche Zeichen der Liebe und Verehrung dargebracht. Die Berliner Studenten veranstalten zu Ehren des Gefeierten einen Festcommers. Prof. du Bois-Reymond ist, wie wir der «Allg. med. C.-Ztg.» entnehmen, in Berlin geboren, sein Vater stammte aber aus Neufchatel und seine Mutter aus einer aus Frankreich ausgewanderten Hugenottenfamilie. Im 19. Lebensjahre bezog er die Berliner Universität, wo er anfangs Philosophie und Theologie studirte, sich dann aber dem Studium der Naturwissenschaften zuwandte.

— Die von uns in der vorigen № gemeldete *feierliche Auffahrt der Berliner Studenten vor den Wohnungen der Professoren Gerhardt und v. Bergmann* ist äusserst imposant verlaufen. Der Zug umfasste gegen 60 vier- und zweispännige Wagen, welche mit Studenten in Wichs dicht besetzt waren. In der Wohnung Prof. v. Bergmann's hatte sich ebenso wie bei Prof. Gerhardt eine zahlreiche distinguirte Gesellschaft versammelt, unter ihnen Minister v. Bötticher, der russische Botschafter Graf Schuwalow, der bairische, würtembergische und badische Gesandte, der Chef des kaiserlichen Civilcabinets v. Lucanus, Staatssecretär v. Stephan, zahlreiche Professoren, Aerzte und höhere Officiere. Stud. math. Loose hielt im Namen des studentischen Ausschusses sowohl an Prof. v. Bergmann als auch an Prof. Gerhardt eine Ansprache, auf welche beide in längerer Rede antworteten.

— Die *Magdeburger medicinische Gesellschaft* hat die Proff. Gerhardt und v. Bergmann zu *Ehrenmitgliedern* ernannt, um denselben, wie es in der Motivirung des betreff. Beschlusses heisst, den Dank und die Verehrung dafür auszudrücken, dass sie in schwerer Zeit, unter ergreifenden Umständen den Ruhm deutscher Wissenschaft und die Ehre des ärztlichen Standes in vornehmer Weise gewahrt und hochgehalten haben.

— Der *medicinische Verein in Greifswald* veranstaltet am 16. und 17. November n. St. eine ganz besonders solenne *Feier des Festes seines 25-jährigen Bestehens*. Das Fest wird durch ein am 16. November stattfindendes Festessen eingeleitet, dem am Abend ein Mediciner-Commers folgt, zu welchem sämmtliche Medicinstudirende Greifswald's Einladung erhalten haben. Für den zweiten Tag ist eine Festsitzung angesetzt, auf welcher 10 wissenschaftliche Vorträge gehalten werden sollen. Am Abend findet sodann ein Medicinerball statt. Während der Festtage wird eine Ausstellung von Apparaten, Instrumenten etc. veranstaltet und zum Schluss erfolgt eine Besichtigung der medicinischen Institute.

— *Verstorben*: 1) Am 9. November n. St. in Wien der bekannte Kliniker, Prof. Dr. Heinr. Bamberger, welcher krankheitshalber seine Vorlesungen am Ende des vorigen Semesters einstweilen eingestellt hatte. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir nächstens. 2) Der ehemalige Professor der Medicin der Budapester Universität, Dr. F. Linzbauer, im 81. Lebensjahre. 3) In Genua der Prof. der pathologischen Anatomie, Dr. Salvioli, im. 35. Lebensjahre am Abdominaltyphus. 4) Am 15. October in Kiew die Aerztin E. Podwyssozki im Alter von 34 Jahren. Sie hat sich in der Nacht auf einem der Kiewschen Kirchhöfe am Grabe ihres Bruders, welcher sich vor einigen Jahren als Student der Medicin vergiftet hat, die Carotis mittelst einer Scheere durchschnitten. Die Verstorbene hat während des letzten türkischen Feldzuges als barmherzige Schwester in einem temporären Militärhospital in Jassy fungirt und trat später in die weiblichen medicinischen Curse ein. Nach Absolvirung des Examens hat sie längere Zeit sich im hiesigen Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg beschäftigt.

— Der bisherige Jenaer Professor der Physiologie, Dr. William Preyer, hat sich als *Privatdocent an der Berliner Universität habilitirt*, wo er im laufenden Wintersemester Vorlesungen über allgemeine Physiologie, Geschichte der Physiologie, sowie «über den Hypnotismus und verwandte Zustände» halten wird. Am 9. Nov. n. St. hat er seine Vorlesungen mit einem Vortrage «über die Bedeutung der Physiologie» eröffnet.

— An Preyer's Stelle ist Prof. Biedermann in Prag *zum Professor der Physiologie an der Jenaer Universität ernannt worden*.

— Die bisher von Prof. P. Bruns herausgegebenen «*Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen*» haben eine Erweiterung erfahren, indem sich die Proff. Czerny, Krönlein und Socin diesem Unternehmen angeschlossen haben und diese Mittheilungen künftig unter dem Titel «*Beiträge zur klinischen Chirurgie*» alle aus den chirurgischen Kliniken von Tübingen, Heidelberg, Zürich und Basel hervorgehenden Arbeiten bringen werden.

— Der vor Kurzem verstorbene Karlsbader Curarzt, Dr. Gabriel Porges, hat ein Capital von 30,000 Gulden testamentarisch ausgesetzt, welches für *Unterstützung dürftiger Aerzte und Candidaten der Medicin* an den Universitäten Wien, Prag und Leipzig bestimmt ist. Ausserdem hat derselbe eine grosse Zahl von Humanitätsanstalten mit grösseren Geldspenden bedacht.

— Wir warnen die Herren Collegen vor einem alten Manne, der besonders die Aerzte zu exploitiren sucht; er giebt sich für einen Collegen aus und kommt mit seiner «kleinen Geldverlegenheit» nach der irgend ein Leiden betreffenden Consultation heraus. Dank seinem ehrwürdigen Aeusseren, seinem echt baltischen Deutsch und seiner vorzüglichen Personalkenntniss, besonders in den Ostseeprovinzen, hat er leider schon mehrfach Erfolg gehabt. Es scheint, dass er bei Nichtärzten auch als verabschiedeter Beamter etc. auftritt.

— Im «Odesski Listok» vom 18. October ist der Brief eines Herrn *Chmelnizki* abgedruckt, in welchem derselbe mittheilt, dass sein 5-jähriger Sohn, welcher am 20. Juni c. von einem Hunde in den linken Arm gebissen und den Schutzimpfungen gegen die Tollwuth in der Odessaer bacteriologischen Station unterzogen wurde, am 3. September an der Tollwuth gestorben ist. Da derselbe Hund ausser dem Knaben auch *Ch's* Hofhund gebissen hat, letzterer aber gesund geblieben ist, so zieht Herr *Chmelnizki* den Schluss, dass sein Sohn nicht in Folge des Bisses, sondern in Folge der Schutzimpfungen gestorben ist. — Die Redaction des «Listok» hat Erkundigungen auf der bacteriologischen Station eingezogen und erfahren, dass ein Kaninchen sowie ein Schaf, denen das Gehirn des obenerwähnten

Hundes, welcher den Knaben und den Hofhund gebissen hatte, mittelst Trepanation eingeimpft wurde, an der furibunden Form von Lyssa zu Grunde gegangen sind, — somit der Hund wohl toll gewesen sein müsse. (Wr.)

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 23. October d. J. 5430 (128 mehr als in der Vorwoche), darunter 261 Typhus- (21 mehr), 512 Syphilis- (17 mehr), 53 Scharlach- (1 weniger als in der Vorwoche), 10 Masern- (wie in der Vorwoche), 7 Diphtherie- (5 weniger als in der Vorwoche) und 6 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 30. October d. J. 5533 (103 mehr als in der Vorwoche), darunter 245 Typhus- (16 weniger), 545 Syphilis- (33 mehr), 60 Scharlach- (7 mehr), 10 Diphtherie- (3 mehr), 7 Masern- (3 weniger) und 3 Pockenkranke (3 weniger als in der Vorwoche).

— Meldungen aus Paris zufolge sollte das *Institut Pasteur in Paris* am 13. November n. St. *eröffnet* werden. Der Präsident der Republik soll seine Theilnahme an der Einweihungsfeierlichkeit zugesagt haben.

— In *Marseille und Sicilien* herrschen die *Pocken* epidemisch.

— Die *Pockenepidemie in Reval* ist dem Erlöschen nahe, doch sind in letzter Zeit noch einige neue Erkrankungen gemeldet worden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 16. bis 22. October 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
201	182	383	82	36	50	5	3	9	32	4"	39	25	27	21	7	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 17, Diphtherie 9, Croup 4, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 8, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 16. Krankheiten des Verdauungscanals 41, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 23. bis 29. October 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
262	156	418	82	29	47	10	4	9	42	46	36	38	31	28	13	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 3, Masern 2, Scharlach 11, Diphtherie 7, Croup 4, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie u. Septicämie 2, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 10, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 48, Todtgeboren 24.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	14.—20. Oct.	2459	29,8	—	1644	20,0
Paris . . .	2 260 945	14.—20. Oct.	1064	24,4	67	928	21,3
Brüssel . .	181 270	7.—13. Oct.	90	25,8	2	99	28,4
Stockholm .	221 549	7.—13. Oct.	145	33,9	3	80	18,8
Kopenhagen	300 000	17.—23. Oct.	185	32,0	4	126	21,8
Berlin . . .	1 414 980	14.—20. Oct.	886	32,6	30	527	19,4
Wien . . .	800 889	14.—20. Oct.	569	36,9	32	361	23,8
Pest . . .	442 787	7.—13. Oct.	259	30,4	14	193	22,7
Warschau .	444 814	14.—20. Oct.	307	35,8	11	240	28,0
Odessa . .	268 000	14.—20. Oct.	—	—	9	141	27,4
St. Petersburg	861 303	21.—27. Oct.	581	35,1	17	355	21,4

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. November 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. November 1888.

Довв. ценз. Спб. 4. Ноября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von Friedrich Petrick in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. Les annonces françaises sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs G. E. Puel de Lobel & Cie., Rue Lafayette 58. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 46. St. Petersburg, 12. (24.) November 1888.

Zwei Fälle von acuter aufsteigender Spinalparalyse*).

(Aus dem pathologisch-anatomischen Cabinete des Obuchow'schen Hospitals).

Von

N. M. Iwanow.

In der Sitzung vom 14. April d. J. machte ich der Gesellschaft russischer Aerzte zu St. Petersburg eine Mittheilung über 2 Fälle von acuter aufsteigender Spinalparalyse, welche in ihrem Verlaufe das klinische Bild der *Paralysis adscendens Landry* vollständig darboten; diese Mittheilung veröffentlichte ich, weil in den betreffenden Rückenmarken sich ausgesprochene pathologisch-anatomische Veränderungen im Gegensatze zu den Untersuchungen von Vulpian [1]), Westphal [2]), Bernhardt [3]), Déjerine und Götz [4]) u. a. fanden; diese hatten keinerlei krankhafte Veränderungen im Rückenmark gefunden, durch welche das klinische Bild zu erklären war.

Die mikroskopische Untersuchung der Rückenmarke führte ich im pathologisch-anatomischen Cabinete des Obuchow'schen Hospitals auf Aufforderung und unter der Leitung des Prof. K. N. Winogradow aus.

Fall I. Ein junger Commis in einem Theemagazin, Pawel Kulikow, trat in meine Abtheilung im Obuchow'schen Hospitale am 2. Januar 1887 ein. Der Kranke entstammt einer zahlreichen (8 Mann) bäuerlichen Familie und ist das jüngste Glied derselben; seine Eltern leben und sind gesund, ebenso Brüder und Schwestern, die er seit einigen Jahren nicht mehr gesehen hat. Sein Körper ist nie sehr kräftig gewesen, doch ist er selbst nie ernstlich krank gewesen mit Ausnahme einer fieberhaften Krankheit, welche ein leichter Abdominaltyphus gewesen zu sein scheint.

Die gegenwärtige Krankheit begann vor 7 Tagen d. h. am 26. December 1886, ohne Fieber, nur mit allgemeiner Schwäche und bei der Arbeit leicht eintretender Ermüdung. Am 28. December bemerkte er, dass das Ermüdungsgefühl durch eine Schwäche der Beine bedingt wurde, das Stehen und Gehen fiel ihm besonders schwer, während er Arbeiten mit den Händen sehr bequem ausführen konnte; am 30. December wurde die Schwäche in den Beinen so gross, dass er ohne Hülfe nicht mehr zu gehen vermochte und dass er, ohne sich auf etwas Festes stützen zu können, nicht gut sitzen konnte; Schmerzen fühlte er nirgends, der Appetit war gut; den 31. December und 1. Januar verbrachte er im Bette, am 2. Januar wurde er in's Hospital gebracht.

Status präsens. 17jähriger Mann von schwächlicher Constitution, mit schmalem Brustkorbe, schlecht entwickeltem Fettpolster und blassen Schleimhäuten und Hautdecken, Hals- und Leistendrüsen etwas vergrössert, das Bewusstsein vollkommen klar. Der recht intelligente Kranke theilt genau und deutlich seine Empfindungen mit und beantwortet verständig die ihm gestellten Fragen. Schmerzen hat er keine, wohl aber Ameisenkriechen in Armen und Beinen, das bei activen Bewegungen verschwindet; in der Ruhelage befindet er sich vollkommen wohl, fühlt aber bei jeder Bewegung furchtbare Müdigkeit und kann nicht stehen. Die Beine sind vollkommen gelähmt, Flexion und Extension in den Kniegelenken, Bewegungen der Zehen, Adduction, Abduction und Flexion in den Hüftgelenken sind nur in geringem Grade möglich, werden dabei aber sehr schwach und gleichsam ein vorhandenes Hinderniss überwindend, nicht mit einem Male ausgeführt; passive Bewegungen der Beine geschehen sehr leicht. Die Kraft der Hände ist bedeutend und gleichmässig herabgesetzt, die Bewegungen der Arme sind sehr deutlich abgeschwächt. Sich hinsetzen und sitzen kann er ohne fremde Hülfe gar nicht, im Sitzen beugt sich der Rücken unter dem Gewichte des Kopfes, wobei der Kranke ein unangenehmes Gefühl in der Brust empfindet; im Bette kann er sich nur mit Zuhülfenahme seiner Hände umdrehen. Drucksinn, tactile, thermische und Schmerzempfindlichkeit sind erhalten; vielleicht ist letztere an den Füssen etwas herabgesetzt; Reflexe von den Sohlen werden gar nicht, von den Ligg. patellaria nur in geringem Grade ausgelöst, starke Mydriasis. Lungen gesund, sehr starker Herzstoss unter der Brustwarze zwischen der 5. und 6. Rippe, laute, metallisch klingende Herztöne, Harnentleerung normal 2tägige Verstopfung, welche durch ein Klysma gehoben wurde. — T. 37,2, P. 80, R. 24, A. T. 37,4 Zunge rein.

Januar 3. T. 37,3, P. 82, R. 24. Zunge rein; Unbequemlichkeit und Schwierigkeit beim Schlucken von Speisen. Lähmung unverändert, Patellarreflex fehlt, Sinnesorgane ohne Veränderung, Herzstoss sehr stark, die Stärke des Radialpulses entspricht nicht der Stärke des Herzstosses; nach einem Bade von 29° R. traten Athembeschwerden und Schwindel auf. A. T. 37,3.

Januar 4. T. 37,0, P. 84, R. 28. Zunge etwas belegt, Athemnoth und trockener Husten, Schlingbeschwerden stärker, Appetit erhalten, Schlaf schlecht, Bewusstsein ganz klar, Lähmung der Arme und Beine deutlicher ausgesprochen, Umdrehen im Bette nur mit fremder Hülfe möglich, Sensibilität erhalten. Die gelähmten Muskeln leisten passiven Bewegungen keinen Widerstand, Harn- und Stuhlentleerung normal, Harn sauer, ohne Sediment und Eiweiss. A. T. 37,8.

Januar 5. T. 37,3, P. 84, schwächer als gestern, R. 24. Zunge belegt, Schlingen sehr erschwert, auf jeden Bissen folgt heftiger Husten. Schmerzempfindung auf der Zunge stark herabgesetzt, der Geschmack nach Aussage des Kranken abgeschwächt, die Lähmung viel

---

*) Russisch erschienen in «Jeshened. Klin. Gaseta».

[1]) Vulpian: Leçons sur les maladies du système nerveux pag. 188 und ff.

[2]) Westphal: Arch. f. Psychiatr. und Nervenkr. VI. 1876.

[3]) Bernhardt: Berlin. klin. Wochenschr. 1871. № 2. u. 47.

[4]) Déjerine et Götz: Arch. de Physiol. norm. et pathol 1876.

stärker ausgeprägt, die Kraft der Hände, welche kleine Gegenstände fast nicht mehr halten können, ganz schwach. Die Athmung rasselnd, erschwert, fortwährende Expectoration eines wässrigen Sputum, in den Lungen abgeschwächtes Athmen und reichliches feuchtes Rasseln, Harn und Stuhl normal, Exophthalmus. A. T. 37,0.

Januar 6. T. 37,0, P. 80, schwach, R. 30. Zunge belegt. Schlingen nicht mehr möglich, der Kranke wird mit der Sonde ernährt, Bewusstsein erhalten, Klage über Athemnoth, Sprache weniger deutlich, die Bewegung der Arme noch schwächer, die Hände können nichts mehr halten. Die Athmung erschwert, bei der Inspiration sinkt das Epigastrium ein, fortwährender Husten, schleimiger dünnflüssiger Auswurf, in den Lungen ödematöses Rasseln, Harnentleerung normal. Um 4½ Uhr p. m. stirbt der Kranke unter Erscheinungen von Cyanose und erschwertem Athem.

Am 8. Januar wurde die *Section* von K. N. Winogradow ausgeführt; hier folge, der Kürze halber, ein Auszug aus dem Protokolle.

Die graue Substanz der Hemisphären und Ganglien ist wie die des Kleinhirns, des verlängerten und des Rückenmarks mässig hyperämisch; in letzterem ist sie blass und sind die Grenzen zwischen ihr und der weissen etwas verwischt. Das Herz ist etwas vergrössert und überall mit dem Pericardium parietale verwachsen; die Leber derb, die Milz gleichfalls derb und mit dem Zwerchfell verwachsen, die Nieren sehr hyperämisch, derb, die Lungen mit den Pleuren verwachsen; im ganzen Verlaufe der Luftröhre und der Bronchien ist eine quarkähnliche mit kleinen Gerinnseln versetzte Flüssigkeit vorhanden. (Nach eingezogener Erkundigung hatten die Nachbarn dem Kranken Abends einen Löffel voll Mannabrei gegeben, worauf, wie es scheint, auch die Cyanose sich einstellte).

Fall II. Nikolai Gulin, 27jähriger ambulanter Händler wurde am 28. Januar a. c. in die Abtheilung des Dr. Jogiches aufgenommen, mit dessen Genehmigung ich den Krankenbogen copirt habe; den Kranken habe ich noch lebend gesehen.

Anamnese. Von kräftiger Constitution, mässiger Alcoholiker, war der Kranke bis vor 2 Jahren gesund, als er ein Ulcus penis acquirirte, allgemeine syphilitische Erscheinungen waren aber nicht nachgefolgt. Er erkrankte 5 Tage vor seinem Eintritte in's Hospital mit Schwäche in den Beinen, welche am folgenden Tage derartig zunahm, dass das Gehen unmöglich wurde, dann wurden die Arme schwach, am 28. Januar bemerkte der Kranke, dass er nicht laut sprechen konnte; Fieberbewegungen waren nie vorgekommen.

Status präsens am *29. Januar.* T. normal, P. 98, R. 24. Sensorium frei, nirgends Schmerzen, Beine unvollständig gelähmt, einige Muskeln können noch schwach bewegt werden, das Sitzen fällt sehr schwer, die Arme deutlich paretisch, die Kraft der Hände stark herabgesetzt, Athmung in Folge von Zwerchfellsparese erschwert, Patellarreflexe fehlen, die tactile und die Schmerzempfindlichkeit an Füssen und Unterschenkeln mässig herabgesetzt, Pupillen erweitert, Harnentleerung normal, Sprache leise. A. T. 37,3.

Januar 30. T. 36,7, Athemnoth wie gestern, die Schwäche und die Verminderung der Sensibilität an den linkseitigen Extremitäten hat zugenommen, die rechte Pupille ist weiter, als die linke, Sensorium frei, Harn und Stuhl normal. A. T. 37,1.

Januar 31. T. 36,3, P. 112, R. 28. Alle Lähmungserscheinungen viel ausgesprochener, Sensorium frei, Schlingen erschwert, doch noch möglich, Athmen sehr mühsam. Abends 7 Uhr Exitus letalis.

Die am 2. Januar vorgenommene *Section* ergab venöse Injection der Pia, Verdichtung und Blutüberfüllung der Gehirnsubstanz, die graue Substanz im Cervical- und Lumbaltheil des Rückenmarks ohne scharfe Grenzen. Die freien Ränder der Mitralis sind mit körnigen kleinen Auflagerungen bedeckt. Milz sehr vergrössert (19—9) ihr Gewebe brüchig, dunkelroth mit vielen grauen Puncten. Hyperämie der Nieren, in deren Rindensubstanz kleine hirsekorngrosse, graue Knötchen verstreut, welche unter dem Mikroskope sich als lymphatische Granulationsbildungen darstellten, jedoch, nach Färbung nach der Gramme'schen Methode, keine Koch'schen Stäbchen aufwiesen.

Beide Fälle stellen mithin die Entwickelung einer aufsteigenden Lähmung dar, welche ohne Fieber, ohne deutliche Beeinträchtigung der Sensibilität, ohne Schmerzen, ohne Störung der Harnfunction und bei erhaltenem Bewusstsein verlief; die gelähmten Muskeln zeigten weder Rigidität noch Contracturen. Bedauerlicherweise ist die diagnostisch so wichtige Prüfung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln nicht angestellt worden. Beide Fälle verliefen sehr acut, der eine Kranke starb am 12., der andere am 8. Tage der Krankheit; im ersten, länger dauernden Falle konnten noch wenn auch herabgesetzte Sehnenreflexe nachgewiesen werden, welche am folgenden, den 8. verschwunden waren und entwickelte sich die Lähmung symmetrisch. Im zweiten Falle war dieses anfangs auch der Fall, doch war im späteren Verlauf die eine Seite mehr afficirt, als die andere, in beiden Fällen waren die Gesichtsmuskeln verschont geblieben, gelähmt waren Rumpf, Extremitäten und der Schlund.

Alle oben angeführten Symptome berechtigen mich, die in beiden Fällen während des Lebens auf Landry'sche aufsteigende Paralyse gestellte Diagnose aufrecht zu erhalten.

Indem ich zu den von mir bei der mikroskopischen Untersuchung der beiden Rückenmarke gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen übergehe, muss ich bemerken, dass ich, da diese Alterationen in beiden Fällen gleiche, nur dem Grade nach verschiedene waren, sie auch für beide gemeinsam beschreiben werden.

Bei der Untersuchung von verschiedenen Höhen entnommenen Stückchen Rückenmark unter dem Mikroskope fanden sich im ersten Falle eine Menge runder lymphoider Granulationskügelchen, welche in zwei Präparaten einigermaassen regelmässig angeordnet waren. Die Elemente vertheilten sich in Zügen, wie es schien, längs der Gefässe oder gruppenweise zwischen den Nervenzellen. Einige von diesen waren gleichsam von einem Kranze von Granulationselementen umgeben; nebenbei fanden sich ähnliche Kränze, doch ohne die Nervenzelle in der Mitte, so dass diese scheinbar herausgedrängt erschien; andere Nervenzellen zeigten Trübung des Protoplasmas und Verschwinden des Kernes, welcher bei der Aufhellung des Präparates mit Essigsäure übrigens wieder hervortrat.

Das Rückenmark des zweiten Falles zeigte diese Erscheinungen nicht; die auch hier vorkommenden Granulationselemente zeigten keine regelmässige Anordnung. Dieser Unterschied vom Befunde im ersten Falle erklärt sich leicht aus dem Umstande, dass, wie später gezeigt werden wird, die Veränderungen sich nicht gleichmässig in der ganzen Länge des Organes vertheilten, sondern sich in zwei Puncten concentrirten, und dass bei der Untersuchung des ersten Rückenmarks besonders stark afficirte Stellen zufälliger Weise getroffen wurden, was beim zweiten nicht der Fall gewesen war.

Die weitere Untersuchung wurde nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit gemacht. Stücke, aus verschiedener Höhe bes Rückenmarks entnommen, wurden in Alcohol entwässert, in Lösungen von Celluidin oder Gummi und dann wieder in Spiritus gelegt; die Schnitte wurden durch Aether oder Wasser von den erhärtenden Massen befreit.

Die stärksten Veränderungen wurden in der Lendenanschwellung gefunden; schon bei der Herrichtung der Schnitte bemerkte ich, dass die Dichte dieses Theiles eine andere war, obgleich alle Theile des Rückenmarks unter gleichen Bedingungen gehärtet wurden.

Der Centralcanal stellt ein Bild der Zerstörung dar; um ihn herum war das Gewebe mit kleinen weissen, Kügelchen ähnlichen Elementen infiltrirt, welche sich, das Cylinderepithel auseinander schiebend, in den Canal einbetteten. Die Blutgefässe in der Umgebung des Centralcanals waren erweitert und hyperämisch, ebenso die Capillaren der ganzen grauen Substanz, besonders in den Vorderhörnern; an der Basis dieser letzteren und der Commissur fanden sich capilläre Extravasate. Die Wände der erweiterten Gefässe und das sie umgebende Gewebe zeigten auf Hämotoxylinpräparaten mässige Infiltration mit Granulationskügelchen.

Auf beiden Seiten des Centralcanals und um die grösseren benachbarten Blutgefässe herum befindet sich eine einförmige, hyalinknorpelartige oder auch leicht körnige formlose Masse, welche auf Aetzalkalien und Säuren wie Fibrin reagirt, durch Carmin und Pikrocarmin hellrosa gefärbt wird und bald in Form eines Ringes oder eines Muffs die Gefässe umgiebt, bald die Nervenfasern des vorderen oder hinteren Theiles der Commissur auseinander drängend, sich in die Zwischenräume des benachbarten Gewebes einbettet. Man kann sie auch zwischen den Fasern der Vorderhörner sehen, auf Präparaten vom zweiten Falle füllt sie den vorderen Einschnitt des Rückenmarks aus und reicht bis zur Pia.

Die Hyperämie der Gefässe, die granuläre Infiltration um dieselben herum an denselben Stellen, beweist, dass diese formlose eiweissartige Masse das Product einer Entzündung, ein fibrinöses Exsudat sei.

Die seitlich vom Centralcanal gelegenen Nervenfasern,

dort wo das formlose Exsudat am reichlichsten vorhanden war, zeigen einen bedeutenden Zerfall in Form von verschieden grossen, doppeltcontourirten Myelinkugeln und einer feinkörnigen, durch Essigsäure sich lösenden Masse. In einer etwas grösseren Entfernung vom Centralcanal finden sich Gefässe, welche von hellen Räumen, wie sie bei Oedemen vorkommen, umgeben sind. An den Nervenzellen selbst wurden ausser albuminöser Trübung und Schwellung und mehr oder weniger ausgesprochenem Verwischtsein der Kerne, keine besonderen Veränderungen gefunden.

Die beiden Fälle unterscheiden sich von einander nur quantitativ, im ersten war die Degeneration weniger ausgesprochen und mehr um den Centralcanal herum gruppirt, im zweiten war das Exsudat reichlicher und nahm eine grössere Peripherie des Centralcanals ein.

Die oberhalb der Lendenanschwellung gelegenen Abschnitte des Rückenmarks bis zur Halsanschwellung boten fast gar keine Veränderungen dar, besonders im ersten Falle; der Centralcanal war überall durchgängig und wurden nur an einzelnen Stellen desselben dünne Schichten des oben erwähnten Exsudats gefunden. Dieses war besonders in der zweiten Beobachtung der Fall, in der ersten aber waren die Veränderungen so geringfügig, dass sie erst nach Anfertigung von Präparaten aus der Lendenanschwellung bemerkt wurden. Im Brusttheile war nur der periphere Theil der Neuroglia, wahrscheinlich congenital, dicker als normal und fand sich Hyperämie in der weissen Substanz der Seiten- und Hinterstränge vor.

Am Halsmarke aber fanden sich in geringerem Grade die oben erwähnten entzündlichen Erscheinungen wieder vor. Im zweiten Falle war eine gleiche granuläre Infiltration um den Centralcanal vorhanden, der aber selbst durchgängig und mit unversehrtem Epithel ausgekleidet war; um die anliegenden Gefässe herum befand sich ebenfalls das oben beschriebene formlose Exsudat. Im ersten Falle war die granuläre Infiltration sehr schwach ausgeprägt, das Exsudat längs der Gefässe dagegen deutlich, wenn auch weniger als im zweiten Falle bemerkbar.

Das verlängerte Mark war im ersten Falle unverändert, im zweiten ist es nicht untersucht worden.

Die aus dem Gehirn austretenden Nerven, sowie die Meningen erwiesen sich als vollkommen normal. Die Untersuchung der Rückenmarksschnitte auf Bacterien nach der Methode von Gramme ergab ein negatives Resultat.

Auf Grundlage der oben dargelegten mikroskopischen Untersuchung kann man sich folgendes Bild von der vorliegenden Rückenmarkserkrankung machen.

Der Entzündungsprocess beschränkte sich auf die Region des Centralcanals und dessen nächste Umgebung und verbreitete sich nur auf die Vorderhörner. Die ergriffenen Theile des Rückenmarks zeigten eine Infiltration durch Granulationskügelchen und eine Durchtränkung des die Gefässe umgebenden Gewebes mit einem flüssigen, fibrinösen Exsudate, welche, stellweise sich ansammelnd, die Texturelemente aus einander drängen. An den Orten der stärksten Zelleninfiltration findet sich frischer Zerfall der Nervenfasern, an der Peripherie des keine scharfe Abgrenzung darbietenden Entzündungsherdes ist Oedem des Gewebes vorhanden. Da die Veränderungen um so schärfer ausgeprägt sind, je näher sie dem Centralcanal liegen, so ist die Annahme gestattet, dass der krankhafte Process in diesem seinen Anfang genommen habe.

Am Rückenmarke selbst concentrirte sich der entzündliche Process im Hals- und Lendenmark, am stärksten in letzterem, so dass hier der Beginn der Erkrankungen anzunehmen ist; die zwischen der Hals- und Lendenanschwellung liegenden Abschnitte der Medulla spinalis boten eine Fortleitung des Processes, nur in einem viel geringeren Grade, dar.

Folglich haben wir in beiden Fällen acute Veränderungen im Rückenmarke vor uns, welche sich von unten nach oben ausgebreitet haben und die im Leben beobachteten klinischen Symptome auf das Ungezwungenste erklären.

Ich möchte hier einige Bemerkungen zu den in der Literatur verzeichneten Ansichten über die Landry'sche Paralyse machen.

Fast in allen grossen und kleinen Handbüchern wird die kategorische Erklärung abgegeben, dass bei dieser Krankheit weder das verlängerte noch das Rückenmark irgend welche pathologisch-anatomische Veränderungen darbiete, was durch die sorgfältigen Untersuchungen solcher bedeutender Forscher, wie Ranvier, Vulpian und besonders Westphal gestützt und später von Bernhardt und Déjerine und Götz bestätigt worden ist. Nichtsdestoweniger finden sich in der Literatur Hinweise auf Veränderungen im Rückenmarke bei der uns interessirenden Krankheit, doch werden diese Arbeiten in den Handbüchern garnicht angeführt oder als diagnostische Fehler am lebenden Kranken aufgefasst, die gefundenen pathologisch anatomischen Veränderungen aber auf Poliomyelitis anterior oder Myelitis centralis zurückgeführt.

So hat im Jahre 1862 Lockhart Clarke[5]) ein Rückenmark untersucht, welches einem an Landry'scher Paralyse leidenden Kranken Harley's angehört hatte, und hat in demselben in der Höhe des Abganges der Lumbalnerven und in der grauen Substanz an beiden Seiten des Centralcanals Herde flüssigen Exsudats um die Gefässe herum gefunden. Westphal fand in seinen Fällen in den mikroskopischen Präparaten vom Rückenmark keine Anomalien und erklärte den Clarke'schen Befund für eine postmortale Erscheinung.

Baumgarten[6]) hat 1876 fast mit den meinigen identische Veränderungen beschrieben. Massenhaftes, structurloses, zellenarmes Exsudat war in der grauen Substanz der Commissur abgelagert, erfüllte den Centralcanal und umgab die benachbarten Gefässe. Diese Veränderungen betrafen das Rückenmark in grösserem oder geringerem Maasse, concentrirten sich aber im Lendentheile und den zwei unteren Dritteln des Halstheiles. Dieser Fall wird von vielen Autoren angeführt, aber nicht besonders berücksichtigt, weil Baumgarten hier eine Milzbrandinfection annahm. Doch ist erstens diese Voraussetzung bei dem gegenwärtigen Standpuncte dieser Frage noch nicht bewiesen und zweitens, wenn dieses auch der Fall wäre, so ist doch eine Complication der Landry'schen Paralyse durch Milzbrand nicht auszuschliessen, da in mehr als ein Viertel der beschriebenen Fälle die Erkrankung unmittelbar irgend einer schweren, fast ausschliesslich infectiösen Affection sich anschloss.

Eine sowohl in klinischer, als auch in anatomischer Hinsicht sehr interessante Arbeit ist die von Eisenlohr[7]) bezüglich eines typischen, 10 Tage dauernden Falles von Landry'scher Paralyse. Der Kürze halber werde ich den von E. gefundenen mit dem meinigen vollständig übereinstimmenden Befund nicht weiter anführen, bemerke aber, dass das Granulationsfiltrat im Eisenlohr'schen Falle weniger deutlich ausgesprochen war, dass es sich auf das verlängerte Mark verbreitet hatte und die Affection am Rückenmark sich an zwei Puncten concentrirt hatte, im oberen Drittel des Lendentheils und am Halstheile in der Höhe des 3. Cervicalnerven. Von hier aus nimmt der Process in beiden Richtungen sehr rasch ab, so dass mit dem Mikroskope in den übrigen Theilen des Rückenmarks nur Andeutungen des morbiden Processes nachzuweisen waren.

Diese 3 Arbeiten von Lockhart Clarke, Baumgarten und Eisenlohr, sowie meine beiden Fälle zeigen eine vollkommene Uebereinstimmung hinsichtlich der Erkrankungsweise des Rückenmarks, nur ist der Clarke'sche Fall weniger genau untersucht.

Ausserdem giebt es in der Literatur Beschreibungen pathologisch-anatomischer Veränderungen in Fällen, welche die Beobachter auf Landry'sche Paralyse zurückführen:

[5]) Lockhart Clarke: Lancet 1868, October 3.
[6]) Baumgarten: Archiv der Heilkunde XVII.
[7]) Eisenlohr: Arch. für pathol. Anat. und Physiolog. Bd. 73.

ein von Leyden beschriebener Fall von v. d. Velden[8]), zwei von Schultze[9]) und Schultz[10]) und die Untersuchung von Hoffmann[11]). In allen Fällen fanden sich Veränderungen in den Seitensträngen, welche zuweilen herdartig mit Anschwellung der Nervenfasern auftraten, sie können aber meiner Ansicht nach nicht für beweisend gelten, weil das in ihnen mitgetheilte klinische Bild sehr wenig an die Landry-sche Paralyse erinnert. Im Leyden'schen Falle waren Fieber, Delirien, Blasenlähmung, Spannung der Rückenmuskeln vorhanden; der Schultze'sche Fall entwickelte sich auf allgemein syphilitischer Basis, dauerte mehr als 2 Monate und zeigte während des ganzen letzten Monats eine Besserung, dann wieder eine Verschlimmerung der Lähmung, Blasenstörungen, bis endlich der Tod eintrat; Hoffmann endlich beobachtete Störung der Blasenfunction und Facialislähmung.

Im Vorangehenden habe ich alle mir bekannten Fälle von Landry'scher Paralyse angeführt, in welchen pathologisch-anatomische Veränderungen gefunden worden sind; die von L. Clarke, Baumgarten und Eisenlohr beschriebenen sind mit meinen 2 Fällen fast identisch. Hierzu kommt noch, dass die von L. Clarke und Eisenlohr gegebenen Krankengeschichten in der Literatur für vollkommen typische Fälle von Landry'scher Paralyse gelten, was von den meinigen auch gesagt werden muss — es haben also die verschiedenen Autoren in den Fällen mit typischem Verlaufe, ganz unabhängig von einander, gleiche pathologisch-anatomische Veränderungen gefunden, was für die uns interessirende Frage natürlich von grösster Bedeutung ist.

Es drängt sich nun von selbst die Frage auf, warum die anderen Beobachter in ihren charakteristischen Fällen keine Veränderung gefunden haben? Sollten sie keine Landry-sche Paralyse vor sich gehabt oder die wirklich vorhandenen Veränderungen übersehen haben?

Verwechselt kann die Krankheit am leichtesten mit Poliomyelitis ant. acuta oder Myelitis centralis werden. Die erste hat aber in ihrem Verlaufe ganz charakteristische Symptome. Sollte auch das Krankheitsbild auf irgend eine Weise verdunkelt worden sein, so haben doch die pathologisch-anatomischen Veränderungen gar keine Aehnlichkeit mit dem von mir beschriebenen Bilde, dort spielt sich der Process in den Vorderhörnern, besonders in deren Nervenzellen ab und berührt den Centralcanal garnicht.

Es endet auch in der That die Poliomyelitis ant. acuta selten während der ersten Krankheitstage mit dem Tode und sind die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei ihr an solchen Fällen studirt worden, welche nach 2 und mehr Monaten letal endigten, so dass sich möglicherweise in den früheren Stadien der Krankheit Processe um den Centralcanal herum abspielen. Nun ist dieses erstens eine blosse Voraussetzung, zweitens aber widerspricht dieser eine Beobachtung von Drummonds, welche ich in Ermangelung des Originalartikels nach dem Handbuche von Birch-Hirschfeld anführe. Drummonds untersuchte das Rückenmark eines 5-jährigen, in den ersten Tagen der Poliomyelitis ant. acuta gestorbenen Knaben, wobei er einen rothen Erweichungsherd in den Vorderhörnern fand, welcher sich auch auf die Hinterhörner verbreitet hatte. Diese Veränderung hat mit der von mir gefundenen nichts Gemeinsames und können meine Fälle nicht zur Poliomyelitis ant. acuta gerechnet werden.

Die Myelitis centralis unterscheidet sich besonders scharf von der Landry'schen Paralyse durch das schwere Ergriffensein der sensiblen Sphäre, der Harnblase und trophische cutane Störungen, doch giebt auch der mikroskopische Befund, wie z. B. aus einer Arbeit von Hayem[12]) ersichtlich, einen deutlichen Unterschied von den von mir beschriebenen Veränderungen. Bei der Myelitis centralis liegt der entzündliche Process in der grauen Substanz der Vorder- und Hinterhörner und localisirt sich nicht ausschliesslich im Centralcanal.

Ich bin mithin also vollkommen berechtigt, die von L. Clarke, Baumgarten, Eisenlohr beschriebenen und meine eigenen Fälle als Landry'sche Lähmung aufzufassen.

Ich möchte mich jetzt ein wenig mit den Arbeiten derjenigen Autoren beschäftigen, welche bei dieser Krankheit keinerlei Veränderungen am Rückenmarke gefunden hatten, doch will ich vorher drei Bemerkungen machen, welche die erfolglose Untersuchung der Medulla spinalis bei der Landry'schen Paralyse erklären könnten.

1) Die beiden von mir beschriebenen Fälle zeigen einen bedeutenden Unterschied in dem Grade der Entwickelung der pathologisch-anatomischen Veränderung; es können deshalb wohl Fälle vorkommen, in welchen, durch constitutionelle Umstände bedingt, der entzündliche Process im Rückenmarke noch schwächer ausgeprägt ist und damit dem Untersucher sehr viel grössere Schwierigkeiten beim Suchen nach krankhaften Veränderungen in den Weg gelegt sind.

2) In L. Clarke's und besonders in Eisenlohr's Falle, sowie in den meinigen concentrirte sich der Process an zwei kleinen Abschnitten des Rückenmarks und verringerte sich dann sehr rasch in beiden Richtungen, so dass die übrigen Theile des Organes geringfügige, leicht zu übersehende Veränderungen darboten; der Untersucher konnte unter solchen Umständen, wenn er nicht gerade auf die am meisten ergriffenen Stellen getroffen war, selbst bei der sorgfältigsten Untersuchung nichts finden.

3) Es ist die Möglichkeit nicht abzuleugnen, dass die Dauer der Krankheit keine unwichtige Rolle hierbei spiele: in protrahirten Fällen kann das flüssige Exsudat aufgesogen werden, die Granulationselemente einer re- oder progressiven Metamorphose unterliegen, während die Leistungsfähigkeit der Nervenfasern nicht mehr wiederhergestellt ist — und der Untersucher findet an den Präparaten nicht die Hauptfactoren der beschriebenen Veränderungen.

Diese letzte Voraussetzung lässt sich auf den vorzüglich beschriebenen und klinisch genau beobachteten Fall von Westphal anwenden, auf dessen Autorität gewöhnlich diejenigen sich berufen, welche das Fehlen jeder anatomischen Läsion bei der Landry'schen Paralyse betonen. W. hat drei charakteristische Fälle beschrieben, von denen 2 ungefähr 4 Wochen, der dritte 16 Tage währten; in letzterem wurde aber, wegen nicht von W. abhängender Umstände nur der Halstheil des Rückenmarks untersucht. Die beiden ersten Beobachtungen sind bei der vorhandenen Möglichkeit einer Ausgleichung der krankhaften Erscheinungen in verzögerten Fällen nicht beweiskräftig, der dritte aber nicht genügend untersucht. Bernhardt untersuchte am frischen Rückenmarke den vorderen und hinteren Hörnern aus verschiedenen Höhen entnommene Stückchen und fand auch nichts.

Déjerine und Götz fertigten aus frischem und gefärbtem Rückenmark Präparate an, fanden aber nur entartete Nervenfasern in einigen vorderen Wurzeln; ich kann in meinen Fällen diese Beobachtung nicht bestätigen.

Die Krankheit erscheint mit so schweren Symptomen von Seiten des verlängerten und des Rückenmarkes, entwickelt sich nicht, wie bei Vergiftungen, im Verlaufe einiger Stunden, sondern von Wochen mit bemerkenswerther Folgerichtigkeit und Beständigkeit, so dass es schwer zu begreifen wäre, dass keine, mit den gegenwärtigen Untersuchungsmethoden nachweisbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen ihr zu Grunde liegen sollten. Die positiven Resultate der Untersuchung haben nachgewiesen, dass der Krankheitsprocess nur an kleinen Abschnitten des Marks scharf ausgeprägt vorkommt, was auch die negativen Befunde erklären kann. Zur endgültigen Entscheidung dieser Frage

[8]) v. d. Velden: Deutsch. Arch. für klin. Med. XIX.
[9]) Schultze: Arch. für Psychiatr. 1882. XII.
[10]) Schultz: eodem loco.
[11]) Hoffmann: Arch. für Psychiatr. 1884. XV.
[12]) Hayem: Arch. de Physiol. VI.

sind natürlich noch weitere Untersuchungen nothwendig, ich habe diese Arbeit aber deshalb veröffentlicht, um die Aufmerksamkeit der Collegen auf die Fälle von Landry-scher Paralyse zu lenken, in welchen, trotz der früheren negativen Befunde, nach krankhaften Veränderungen besonders im Hals- und Lendentheile des Rückenmarks mit der grössten Sorgfalt gesucht werden muss.

Zum Schlusse erlaube ich mir meinen wärmsten Dank Herrn Prof. K. N. Winogradow für seine Leitung und Unterstützung bei meinen Untersuchungen auszusprechen.

Referate.

G. J. Turner: Pneumatocele capitis. (Wr. № 31 und 32).
Voss (Riga): Emphysem bei Fractur des Felsenbeins (Pars mastoidea) und Rindenverletzung. (Separatabdruck d. Deutschen Zeitschrift für Chirurgie).

Von dieser seltenen Krankheit hat Turner nur 16 Fälle in der Literatur auffinden können, meint aber, dass sie wahrscheinlich nicht so selten sei, als es nach der Seltenheit der Beschreibung scheine. Dagegen spricht nach Voss jedoch die grosse Erfahrung Prof. Bergmann's, der einen Luftaustritt in's Bindegewebe nach Verletzung des Proc. mast. als sehr selten bezeichnet. Daher sind beide Fälle, der acute Voss'sche und der chronische von Turner äusserst interessant und erlaubt sich Rf. sie in Kürze zu reproduciren.

Die am 1. Sept. 1882 drei Stock hoch von einem Baugerüste auf weichen Sand gefallene Patientin wird 1—1½ St. nach dem Falle, dem keine Spur von Bewusstlosigkeit gefolgt war, im Hospitale von Dr. Voss untersucht. Keine Ecchymosen, keine Nasen-, Mund- und Ohrenblutung, kein Ausfluss seröser Flüssigkeit aus Nase und Ohr. Schmerz in der Umgebung des rechten Ohres. Der Proc. mastoid. empfindlich. Hautemphysem von der Wurzel des Proc. mastoid. nach vorne bis zum obern Rande des Proc. zygomaticus, drei Finger breite Geschwulst. Abschwächung des Gehörs, Trommelfell unverändert. Das Emphysem schwindet nach 3 Tagen, während der Proc. mastoid. noch schmerzhaft bleibt, bei unveränderter Hautdecke. Die übrigen Erscheinungen der Rindenverletzungen etc. dieses mit Genesung endenden, interessanten Falles übergehen wir.

Die am 6. Sept. 1887 in das Hospital der barmherzigen Schwestern zur heil. Dreieinigkeit (St. Petersburg) aufgenommene 20jährige Pat. Dr. Turner's war vor 2 Jahren gefallen, hatte sich die rechte Kopfseite verletzt; ein paar Tage darauf hat hinter dem rechten Ohre die Geschwulst zu wachsen begonnen und hat allmälig zugenommen; jetzt ist sie stationär gleich, nur zuweilen etwas praller. Die Geschwulst nimmt die ganze hintere obere Partie der rechten Kopfhälfte ein und beginnt gleich über dem Proc. mastoid. Sie ist weich, zeigt Fluctuation, man kann durch sie hindurch die Schädelfläche palpiren, welche Rauhigkeiten nachweisen lässt. Die Percussion ergiebt dieselben Erscheinungen, wie etwa bei der Percussion eines Gummikissens oder mässig prallen Gummiballes. Mund, Nase, Rachen, Ohr und Trommelfell ohne irgend welche Veränderungen, ebenso der Proc. mastoid. ganz unverändert. Druck auf die Geschwulst verändert sie nicht, ebenso wenig wird sie durch Husten oder den Valsalvaschen Versuch beeinflusst. — In Chloroformnarkose Eröffnung der Geschwulst. Nach Entleerung von ein wenig Blut und einer Menge Gase fällt die Geschwulst zusammen. Den Boden der Höhle bildet der entblösste Knochen, kein Eiter, keine Coagula. Die Knochenoberfläche zeigt ein Netzwerk von Knochenbälkchen, die in der Mitte der Geschwulst säulenförmig stehen und mit dem Perioste in Verbindung sind. An der Grenze der Geschwulst ein Knochenwall. — Ausspülung mit 4 %iger Carbolsäurelösung, Tamponade und Verband bewirken schnelle Heilung. Nach 6 Wochen ist keine Spur von der Geschwulst zu finden.

Beide Autoren geben im Anschluss an die Beschreibung der Fälle eine geschichtliche Uebersicht und eine Epikrise. Nach T. ist der Weg für das Eindringen von Luft unter die Kopfhaut auf zweierlei Weise möglich, einmal durch die Nasen- und Stirnbeinhöhlen, andererseits durch die Eustach. Trompeten, die Gefässhöhlen und die Zellen des Proc. mastoid. Dem entsprechend ist auch die Ausbreitung der Luftgeschwulst mehr nach vorne, Pneumatocele syncipitis, oder mehr nach hinten, Pneumatocele occipitalis. Die Knochennähte scheinen keinen Widerstand zu leisten, wohl aber die Insertion der Halsmuskeln. Ebenso halten die Ein- und Austrittsstellen von Blutgefässen etwas die Unterminirung auf, wodurch abnormes Knochenwachsthum entsteht, worauf T. auch das Balkennetzwerk in seinem Falle bezieht. Bezüglich der Therapie werden jetzt unter antiseptischen Cautelen der Schnitt und die nachträgliche Ausspülung wohl immer zu Heilung führen, während früher letaler Ausgang nicht selten gewesen ist. N.

M. Laves: Ueber Amylenhydrat. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. № 21).

Verf. hat das Amylenhydrat an 50 Pat. und in mehr als 340 Gaben versucht. Verabfolgt wurde das Mittel mit Zusatz von Succus Liquir. oder Syrup. rub. idaei im Verhältniss von 1:10. Wo die Darreichung per os nicht wünschenswerth erschien, wurde es per Clysma gegeben. Was die Grösse der einzelnen Dosis betrifft, so wurde eine gute Wirkung erst von 2,0 ab gesehen; als Normaldosis bei einem erwachsenen Manne gilt 3,0; zu den Clysmata wurde stets 3,0, 4,0 und 5,0 verwendet. Verf. hat das Mittel bei allen möglichen Krankheitszuständen gegeben und in 90 % der Fälle war die Wirkung eine durchaus zufriedenstellende. Aber auch unbequeme Nebenwirkungen wurden beobachtet. In 6 Fällen folgte eine späte und nur ungenügende Schlafwirkung und dafür trat ein leichter, rauschartiger Zustand ein; in weiteren 6 Fällen trat anstatt des Schlafes oder vor dem Auftreten desselben, ein Aufregungszustand ein; die Pat. setzten sich im Bette auf, sprachen wirr, standen auf etc. Am anderen Morgen wussten sie davon nichts. Gefährliche Erscheinungen irgend welcher Art wurden niemals beobachtet. Auch wurde keine Angewöhnung, beziehentlich Nachlass der Wirkung, innerhalb dieser Monate beobachtet. L—n.

Doc. W. Jaworski: Ectasia ventriculi paradoxa. Aus der med. Klinik des Prof. Korczynski in Krakau. (Wiener klinische Wochenschrift. Jahrg. I. № 16).

Obgleich allgemein angenommen wird, dass eine Magenectasie bestimmt vorliegt, wenn bei nüchternem Magen durch Fingerspitzenstoss ein Plätschergeräusch hervorgerufen werden kann, welches sich bis zum Nabel oder unter denselben erstreckt, so kommen doch Fälle vor, bei welchen in keiner Weise am nüchternen Magen ein Succussionsgeräusch hervorzubringen ist, und dennoch durch die Sonde bis zu 2 Liter Mageninhalt entleert werden kann. Andererseits giebt es aber auch Fälle, wo ein exquisites Plätschergeräusch bis unter die Nabelhöhe auch spontan erzeugt werden kann, und doch die Sondenuntersuchung jedesmal ein negatives Resultat ergiebt. Verf. führt vier während der letzten 5 Jahre an der med. Klinik des Prof. Korczynski beobachtete Fälle der letzteren Kategorie an. Sie boten folgende charakteristische Symptome dar:

a) Es konnte spontan oder mittelst Fingerspitzenstoss Plätschergeräusch im nüchternen Magen hervorgebracht werden; b) mittelst der Magensonde war jedoch kein Mageninhalt heraufzuholen; c) selbst wenn bis zu 300 Ccm. Wasser in den Magen hineingebracht wurde, liess sich dasselbe entweder gar nicht oder bloss in sehr geringer Quantität mittelst der Magensonde herausbefördern; d) in den geringen Mengen der heraufgeholten Magenflüssigkeit wurden Speisereste gefunden; e) durch die Aspiration konnte das Plätschergeräusch in der Magengegend nicht beseitigt werden; f) die Beschaffenheit der Stuhlentleerungen zeigte sich ohne Einfluss auf die obigen Erscheinungen; g) sämmtliche Patienten klagten über Magenbeschwerden, besonders über Magendrücken und Uebelkeiten. Nach dem oben Erwähnten ist man genöthigt anzunehmen, dass man es in diesen Fällen mit einer Abnormität im Magen zu thun habe, die wahrscheinlich in einer Ectasie besteht, welche letztere aber entweder mit einer fehlerhaften Form, Abschnürung, Sanduhrform oder einer abnormen Lage des Organs combinirt ist, möglicherweise auch mit Zusammenschnürungen der Magenwandungen während der Sondirung einhergeht. Diese Abnormität bezeichnet Verf. vorläufig als Ectasia paradoxa, ohne jedoch eine sichere Erklärung der beobachteten Erscheinungen anzugeben. Diese Anomalie kommt nach J. selten vor (etwa unter 200 Magenerkrankungen ein Mal). Ein Vorangehen von Magengeschwür konnte nicht constatirt werden. In den eben erwähnten Fällen kann die interne Magenuntersuchung zu keinem sicheren Resultate über den Chemismus und Mechanismus der Magenfunction führen. Was die therapeutische Behandlung dieser Fälle anbelangt, ist die bei der Magenectasie übliche Magenausspülung gar nicht am Platze, denn man wird hier nach dem Ausspülen des Magens mehr Flüssigkeit in demselben haben, als vor derselben. Mehr geeignet erscheinen in solchen Fällen Brechmittel. Auch Magen-Faradisation und Magenmassage würden zu versuchen sein. —ss.

C. Oestreicher: Zur Wirkung des Sulfonals. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. № 25.)

Oestreicher hat das Sulfonal an Geisteskranken und Morphinisten versucht. Die Dosis betrug 2,0—3,0; nur einmal wurde schon nach 1,5 Schlaf erzielt. Gegeben wurde das Sulfonal immer in einem Weinglas Wasser; es löste sich nicht, wurde aber ohne Ausnahme bereitwillig genommen. Die Resultate sind folgende: Das Sulfonal ist ein unschädliches, von keinen üblen Nebenwirkungen gefolgtes Schlafmittel. Wegen seiner Geschmack- und Geruchlosigkeit verdient es besonders bei Geisteskranken vor Amylenhydrat und Paraldehyd den Vorzug. In den ersten Tagen der Morphiumabstinenz hilft es gemeinhin ebenso wenig, wie die anderen Schlafmittel. Der Schlaf tritt erst nach 1—3 Stunden ein, daher empfiehlt es sich, das Mittel mehrere Stunden vor dem Schlafengehen zu verabfolgen.

Rasche Gewöhnung tritt nicht ein; ob solche überhaupt sich einstellt, kann vorläufig noch nicht entschieden werden. L—n.

C. Lauenstein: Ein neuer Vorschlag, auf operativem Wege die Brauchbarkeit der daumenlosen Hand zu verbessern. (D. med. W. № 30. 1888.)

In einem gegebenen Falle hat Lauenstein in folgender Weise operirt: Er durchsägte den Metacarpus des Zeigefingers und des kleinen Fingers der daumenlosen Hand und rotirte dieselben dann volarwärts so weit zu einander hin, dass sie zu einander in Opposition standen. Somit wird aus der Hand mit 4 in parallelen Ebenen agirenden Fingern eine Art von Greifhand. In dem berichteten Falle ist der Erfolg ein ganz befriedigender. Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Grundriss der gynäkologischen Operationen von M. Hofmeier, Dr. med., ord. Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Giessen. Leipzig und Wien 1888. Franz Deuticke. Referirt von O. v. Grünewaldt.

Dem Andenken Karl Schröder's gewidmet ist der vorliegende Grundriss, dessen Verfasser die Herausgabe eines neuen Lehrbuches der operativen Gynäkologie, das «neben dem Werk von Hegar und Kaltenbach, um welches die gesammte ausländische Literatur die deutsche beneiden kann», sich zum Theil von dem Wunsch leiten liess, die operativen Grundsätze, welche Schröder vertrat und an einem reichen Material erprobt hatte, in einheitlicher Weise zusammenzufassen. Das ist ein ebenso dankbares als dankenswerthes Unternehmen; die operativen Grundsätze Schröder's, seine Methoden finden sich in zu verschiedenen Zeiten gemachten Publicationen niedergelegt und sind daher nicht immer Jedem leicht zugänglich, so dass die Arbeit des Schülers und langjährigen Assistenten des bahnbrechenden, genialen Gynäkologen freundlicher Aufnahme seitens der Fachgenossen sicher sein kann.

Wir erlauben uns den Grundriss der gynäkologischen Operationen von Hofmeier einer ausführlicheren Besprechung zu unterziehen, als das sonst in dem Rahmen einer Wochenschrift üblich ist. Es soll das geschehen ein Mal, weil das Buch, ein reifes Product langjähriger objectiver Beobachtung, sowohl aus eigener Erfahrung hervorgegangen, als besonders auch der Ausdruck ist der Anschauungen jenes zu früh dahingeschiedenen Lehrers der Gynäkologie, der von keinem Zeitgenossen in seinem Denken und Handeln übertroffen wurde. Das Buch von Hofmeier ist ein pietätvolles, schönes Denkmal, welches der Schüler dem Lehrer gesetzt hat, — und wenn in dem Referat zu lange bei Einzelnem verweilt werden sollte, so geschieht das nicht allein dem grossen Interesse am Gegenstande zu Liebe, sondern auch aus Pietät für die Lehren des Mannes, dessen kein Fachgenosse ohne ein Gefühl warmer Dankbarkeit und Anerkennung gedenken kann.

Die ersten 2 Abschnitte des allgemeinen Theiles sind dem Instrumentarium und der Antisepsis gewidmet; für die Instrumente ist die Forderung betont, dass sie bequem zu brauchen und leicht zu desinficiren seien, welchen Forderungen die in dem betr. Abschnitt beschriebenen und abgebildeten Instrumente, — angefangen vom Operationstisch bis zu den Nadeln und Häkchen, vollkommen entsprechen. Hervorgehoben zu werden verdienen der Koch'sche Sterilisationsofen zum Desinficiren der Instrumente und der Asbestfilter, System Piefke, zur Lieferung keimfreier Spülflüssigkeit, auch ohne dass dieselbe durch chemisch antiseptische Zusätze gebrauchsfähig gemacht werden.

Die Vorschriften in Bezug auf die Antisepsis sind detaillirt und zweckmässig; 1‰ gefärbter Sublimatlösung wird für die Desinfection der Hände empfohlen, auch 5% Carbolsäure und Chlorwasser. Die Qualität und Präparation des Nahtmateriales (Juniperuscatgut wird warm empfohlen), sowie sorgfältigste Vorbereitung des Operationsfeldes finden ihre entsprechende Berücksichtigung, besonders auch in Betreff der Laparotomien. Der Lister'sche Spray wurde von Schröder nicht angewendet; die Surrogate für Schwämme verwirft der Verfasser. Besonderes Gewicht wird auf die möglichste Vereinfachung der zu brauchenden Instrumentarien und der Utensilien, auf möglichst wenig zahlreiche und aseptische Assistenz und auf Schnelligkeit der Operation gelegt. Die in diesem Abschnitt dargelegten Grundsätze, die wohl jedem Operateur geläufig sind oder sein müssten, sind als classisch zu bezeichnen.

Für die tiefen Narkosen, sei es zum Zweck der Feststellung der Diagnose, sei es für die Operation selbst, wird reines Chloroform empfohlen, nöthigenfalls verstärkt durch subcutane Morphiumapplication; für kürzere Zeit nothwendige Anästhesie kommt Bromäthyl zur Anwendung. Auch subcutane Anwendung 4—10% Cocainlösungen bei Operationen an den äusseren Genitalien hält Verf. für zweckmässig, wenn auch vorzugsweise in der Privatpraxis, wo an Assistenzpersonal kein Ueberfluss ist.

Das Capitel der Wundnaht und der Blutstillung ist sehr sorgfältig und sehr klar bearbeitet und wird den dort ausgesprochenen Grundsätzen wohl kaum von Jemand widersprochen werden, es sei denn in Betreff der angelegentlichen Empfehlung der fortlaufenden Catgutnaht. Die Vorzüge dieser sind sehr hervorstechend, sie ist bei plastischen Operationen so bequem anzulegen, dass es im gegebenen Falle nicht leicht sein dürfte, von ihr abzusehen. Catgut kann aber mitunter früher resorbirt werden, als eine genügende Verwachsung der vereinigten Wundflächen eingetreten ist, — und bei plastischen Operationen ist das ein recht übles Ereigniss. Die Acten über dieses Nahtmaterial sind noch nicht geschlossen und dem Ref. erscheint es wahrscheinlich, dass für manche plastische Vaginaloperation der Fil de Florence über das Catgut zu stellen sein wird.

Unter den vorbereitenden Eingriffen an Scheide, Cervix, Uteruskörper, Blase und Mastdarm werden die Berieselungen, die Tamponade der Scheide besprochen, für welche letztere der hohe Werth der Jodoformgaze gebührend hervorgehoben wird, ferner das Herableiten des Uterus vor die äusseren Genitalien mit den nöthigen Cautelen, die Methoden der Dilatation des Cervixcanales und der Uterushöhle durch Quellmeissel und konische Dilatatorien; Tupelo und Laminaria zieht der Verf. dem Pressschwamme vor, obschon doch dieser den Vorzug besitzt, in viel kürzerer Zeit zum Ziele zu führen. Der von Schröder angegebene, schwach S-förmig gekrümmte, lange Catheter, der eine Oeffnung am oberen schräg abgeschnittenen Ende trägt, ist abgebildet und mit Recht demselben der Vorzug vor den gewöhnlichen weiblichen Cathetern gegeben. Unter den Untersuchungswegen der Blase ist auch der Kolpocystotomie gedacht, welche ja auch als therapeutisches Hülfsmittel angewendet wird.

Für die Application der Glühhitze auf Krebsgeschwüre giebt der Verf. dem alten Glüheisen den Vorzug vor dem Thermocauter, welcher nicht die genügende Hitze entwickeln kann.

Der Abschnitt über die gynäkologischen Verbände ist sehr lesenswerth und instructiv. Es handelt sich hier ja nur um die intravaginalen Verbände und um die Verbände nach Laparotomien; bei den ersteren kommt nur das Jodoform in Frage, als Pulver oder als Jodoformgazetampon; bei den letzteren liegt das Hauptgewicht auf genauem Abschluss der Bauchwunde nach aussen, und auf die sorgfältige Naht, zu der ausschliesslich Seide empfohlen wird; Protective silk wird nicht mehr gebraucht, statt dessen Jodoformpulver und Jodoformgaze, die für gewöhnlich mit Heftpflasterstreifen befestigt werden, falls nicht besondere Verhältnisse die Anwendung eines dickeren Compressionsverbandes fordern. Einen solchen zu befestigen, wurden in letzter Zeit auf der Schröder'schen Klinik sehr zweckmässig eingerichtete Binden gebraucht, die mittelst Gurten und Schnallen oder ähnlicher Befestigungsmittel an ihrem Platz gehalten werden. Im Vergleich mit den früher gebräuchlichen dicken und complicirten Lister'schen Verbänden bezeichnet dieser eine wesentliche Erleichterung für die Kranken und den Arzt. Die gut vereinigte Bauchwunde, welche mit Jodoform gegen von aussen zutretende Infection geschützt ist, bedarf nicht der zahlreichen Schichten von Watte, Krüllgaze, appretirten Binden etc.; wo ebenwegen der Grösse der entfernten Tumoren oder wegen zu befürchtenden capillären Nachsickerns von Blut eine stärkere Compression nothwendig erscheint, ist dieselbe dann durch Ausstopfen mit Jute oder Watte unter der beschriebenen Binde leicht herzustellen. Die primäre Drainage der Bauchhöhle kommt nur in seltenen Ausnahmsfällen in Gebrauch und wurde dieselbe dann durch die gehörig desinficirte Scheide bewerkstelligt.

Zu dem speciellen und eigentlichen operativen Theil übergehend bespricht Hofmeier zunächst die seltenen, angeborenen mit Incontinenz verbundenen Fälle von Harnröhrendefecten, welche häufig noch durch plastische Operationen eine Besserung erfahren, dann die Behandlung polypöser Excrescenzen, des Vorfalles der Urethralschleimhaut, welche durch Abbinden resp. ringförmige Abtragung zur Heilung gebracht werden, mit Anlegung von Nähten, welche die Urethralschleimhaut mit der äusseren Schleimhaut vereinigen. Häufiger als die Stricturen fordern die Erschlaffungen und Erweiterungen der Harnröhre operatives Eingreifen und durch geeignete Excision oder Lappenbildung wird die Herstellung der Continenz erzielt; die kurze Besprechung der Exstirpation von Geschwülsten der Harnröhre beschliesst diesen Abschnitt.

Die Operationen an der Vulva. Clitorectomie, wegen Neubildung unbedingt erforderlich, nicht aber so sicher wegen nervöser Störungen und Nymphomanie indicirt, die Excisio hymenis wegen Derbheit der Membran, wegen Vaginismus nach vorhergehender subcutaner Zerreissung des Constrictor cunni und nachheriger Catgutnaht, die Excision der Nymphen sind kurz und klar abgehandelt.

Die Besprechung der Operation der Atresia vulvae und Atresia hymenalis führt zu der Darlegung der Folgezustände, des Hämatokolpos, der Hämatometra und Hämatosalpinx, über welche Zustände die Literatur schon ziemlich reich ist. Sie erregen immer das Interesse des Fachmannes in hohem Grade und ihre Beseitigung kann nur mit äusserster Vorsicht vorgenommen werden wegen der Gefahr der Zersetzung des Secretes und des Zerreissens der Tubensäcke; diese Gefahr macht es wünschenswerth, das Chloroformerbrechen zu vermeiden und lieber in Cocainanästhesie zu operiren. Erst nach allmäliger Entleerung soll später unter Chloroform die eigentliche Radicaloperation, Excision des Hymen und Catgutnaht ausgeführt werden. Die Schilderung der Operation der Atresia ani vaginalis und Atresia ani schliesst sich naturgemäss hier an.

Die Geschwülste der Vulva, je nachdem sie umschrieben, flächenhaft, gestielt aufsitzen oder Flüssigkeit enthalten, werden ausgeschält mit möglichst vollständiger Vernähung des Geschwulstbettes, resp. Austamponiren des Sackes oder Drainiren desselben mit Jodoformgaze, oder sie werden excidirt ebenfalls mit unmittelbar der Excision folgender Nahtanlegung und Unterbindung der grösseren Gefässe. Bei malignen Tumoren ist natürlich der Schnitt im gesunden Gewebe zu führen, und wo das nicht gelingt, der Grund zu verschorfen. Wo irgend das thunlich ist, muss die Wunde vernäht werden.

Für die Heilung der Cysten der Vulva zieht H. die Verödung derselben dem Herauspräpariren vor.

Das Capitel der plastischen Operationen am Damm, über welches wir eine sehr vollständige Literatur besitzen, ist in jeder Beziehung verständlich abgehandelt, ein nicht geringes Verdienst, da die Beschreibungen der Wundmachung und Nahtanlegung häufig nicht leicht verständlich sind, bevor der Leser die beschriebene Operation ausführen gesehen hat. Die trianguläre Methode nach Dieffenbach, Simon, Hegar ist gegenübergestellt der

Operation mittelst Lappenbildung, wie sie von Langenbeck, Wilms, Bischof, Staude, Lawson Tait u. A. angegeben worden ist. Die Indicationsstellung ist eine vorsichtige und bis zu einem gewissen Grade eingeschränkte. Die fortlaufende und in Etagen angelegte Catgutnaht wird angelegentlichst empfohlen und hat in den Händen Schröder's und des Verf.'s, sowie auch Martin's sehr gute Resultate ergeben. Wenn keine zu frühe Resorption des Nahtmateriales zu befürchten ist, kann man sich keine bequemere Naht denken. Sorgfältige Anfrischung und Nahtanlegung und sichere Antisepsis sind die unumgänglichen Bedingungen für den Erfolg. Für die Nachbehandlung wird Ruhigstellen des Darmes mittelst passender Diät und Opiaten für die ersten 6—8 Tage empfohlen. Die Operation des completen und incompleten Dammrisses sind nicht gesondert beschrieben. Die Beschreibung der Operation der Coccygodynie, Exstirpation des Steissbeines schliesst den die Operationen an der Vulva betreffenden Abschnitt.

Die Operationen an der Scheide werden nothwendig bei angeborenen und erworbenen Verschliessungen und Verengerungen, wegen Vorfall der Scheidenwandungen, bei Fistelbildungen, — Scheidenblasen- und Scheidendarmfisteln — und bei Geschwülsten. Die angeborenen Verschliessungen bedingen analoge Verhältnisse und Operationsmethoden, wie die der Vulva, — Blutansammlungen bis in die Tuben, — bieten jedoch die Abweichung, dass bei Duplicität des Genitalcanales sie nur einseitig bestehen und dann ein eigenartiges Krankheitsbild darstellen. Die Operation der Atresien ist unnöthig dort, wo der atrophische Uterus nicht functionirt; die Herstellung der Cohabitationsfähigkeit, wo eine Möglichkeit der Conceptionsfähigkeit ausgeschlossen ist, hält der Verf. für eine ungenügende Indication für die Operation, welche von vitaler Bedeutung wird bei functionirendem Uterus und dadurch bedingten Hämatokolpos, Hämatometra und Hämatosalpinx. Die Cautelen bei Ausführung dieser Operation sind genau angegeben, namentlich bei einseitig bestehendem Leiden, wo durch Lufteintritt von der nicht missbildeten Hälfte die Gefahr der Zersetzung des Inhaltes der geöffneten Höhlen naheliegend ist. Ausser der Eröffnung der verschlossenen Höhle handelt es sich auch um die Verhütung neuer Verwachsung, zu welchem Zweck wiederum den Jodoformgazetampons der Vorzug vor allen anderen Mitteln gegeben wird, — besonders dort, wo eine Bedeckung der wunden Flächen mit Lappen benachbarter Schleimhaut oder eine zweckmässige Vernähung der Wundränder unausführbar ist.

Die acquirirten Verengerungen der Scheide entstammen oft der Fötalperiode und sind bedingt durch adhäsive Entzündungen. Meistentheils gelingt eine Trennung dieser Verklebungen auf stumpfem Wege. Die angeborenen und acquirirten Septa sind leicht zu trennen resp. nach vorheriger Unterbindung abzutragen.

Der Vorfall der Scheide kann nach sehr verschiedenen Methoden operirt werden, und die Kolporrhaphia ant. und post. (Episiorrhaphie, Elythrorrhaphie, Kolpoperinaeorrhaphie, Perinaeauxis) nach den Vorschlägen vieler Autoren, Spiegelberg, Hegar, Simon, Lefort, Neugebauer, Martin, Winckel und Bischof sind klar und verständlich besprochen. Auch hierbei handelt es sich wie bei den entspr. Vulvaoperationen um die Methoden der mehr oder weniger triangulären Anfrischung oder der zweizipfligen und Lappenmethode, wie sie namentlich von Bischof, Martin und Winckel angegeben worden sind. Die Kolporrhaphia anterior nach Schröder, bei der die vordere Muttermundslippe ebenfalls keilförmig excidirt, die Vereinigung mit einer dreifachen Etagennaht von Catgut bewerkstelligt wird (nur in die Cervicalwand kommen ein paar Seidenfäden), — ist gut beschrieben. Zur Berieselung wird nicht antiseptische, aber sterilisirte Flüssigkeit gebraucht, weil die erstere die Prima intentio erschwert. Bei Scheidenvorfall genügt die Kolporrhaphia post. allein meist nicht. Die neuerdings von Neugebauer u. A. lebhaft befürwortete Kolporrhaphia mediana ist erwähnt, dann die eigentliche Kolpoperinaeorrhaphie oder -perinaeauxis ausführlich beschrieben und mit guten Zeichnungen illustrirt. Speciell auf die vielen Einzelheiten einzugehen, würde hier zu weit führen; nur erwähnt sei, dass der Verf. nach dem Vorgange Schröder's der Simon-Hegar'schen bekannten Methode vor den anderen den Vorzug giebt. Individuelle Verhältnisse bedingen Modification. Zur Nachbehandlung Jodoform, Seitenbauchlage, um den intraabdominellen Druck zu vermindern, dessen Schwankungen Zerrungen an der vorderen Wunde bedingen. Häufige Entleerung der Blase, womöglich spontan, Vermeidung von Kothanhäufung durch leicht assimilirbare Nahrung und regelmässige Verabreichung eines milden Laxans; 2—3-wöchentliche Bettruhe und auch darnach noch Schonung der jungen Narbe. Seit 1884 brauchten Schröder und der Verf. in einer grossen Reihe von Fällen ausschliesslich die fortlaufende Catgutnaht. Seit 1882 hatte Verf. nur 2 vollkommene Misserfolge zu verzeichnen, die er in seinem letzten Falle auf mangelhafte Antisepsis schiebt. Der Dauererfolg trat aber nicht immer ein; Recidive von Prolaps kommen vor, weil die ätiologischen ungünstigen Einflüsse nicht immer auszuschalten sind.

Die Bearbeitung der Scheidenfisteloperationen und der Scheidendarmfisteloperationen giebt keine neuen Gesichtspuncte und hält sich an Simon's classische Bearbeitung dieses Gegenstandes; auch Hegar-Kaltenbach's operative Gynäkologie und Winckel's Harnröhren- und Blasenkrankheiten sind genügend berücksichtigt. In einem Grundriss der gynäkologischen Operationen ist natürlich eine gleich erschöpfende Besprechung der ganzen Frage in Bezug auf Literatur, Geschichte, Aetiologie, Pathologie etc. nicht am Ort. Diese Seiten des Gegenstandes sind in Hegar-Kaltenbach und namentlich in Winckel in grosser Vollständigkeit abgehandelt. Die Technik der betr. Operationsmethoden ist in verständlicher, abgerundeter Form wiedergegeben und bietet dem Fachmanne, der mit der Literatur bekannt ist, nichts Neues. Die Principien der Freilegung der Fistel, der Anfrischung und Vernähung, welche die Grundlage für die erfolgreiche Ausführung der Operation bilden, sind durchaus übersichtlich und klar durchgeführt. Dasselbe gilt von der Besprechung der seltenen Fistelbildungen und deren operativer Behandlung, der Gebärmutterblasenfisteln, der Cervixfisteln, Harnleiter-Gebärmutterfisteln, der Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln, der Uretherenscheidenfisteln; einzelne casuistische Belege sind eingeflochten, und jedes einzelne dieser Vorkommnisse, deren Heilung zu den schwierigsten Aufgaben operativer Technik gehören kann, ist genügend berücksichtigt, nicht zu vergessen der oft nothwendigen und mühsamen Maassnahmen behufs Vorbereitung des einzelnen Falles zur Operation. So gut auch die Abhandlungen der citirten Autoren über die Fisteloperationen sind (Simon, Hegar, Winckel u. A.), Niemand wird die Darlegung Hofmeier's ohne Befriedigung lesen. Die schematischen Zeichnungen sind gut.

Zu erwähnen ist, dass, wie das von allen Operateuren angegeben wird, der Verf. principiell keinem Nahtmaterial den Vorzug vor allen anderen einräumt, es werden mit Silberdraht, Seide, Silkwormgut gleich gute Resultate erreicht. Hofmeier befürwortet auch hier den Gebrauch des Catgut, der ebenso lange hält, als Seiden- und Silbernähte liegen gelassen werden, in die Gewebe nicht so tief einschneidet und die mühsame Procedur des Herausnehmens erspart. Die Rathschläge betreffs des Zugänglichmachens der Fisteln z. B. mittelst durch die Cervix geführter Seidenfäden und Herabziehens des Uterus, betreffs der mehr oder weniger tiefschrägen Auffrischung, der doppelten Nahtreihen (Simon's Entspannungsnähten), der Richtung dieser, der verschiedenen Formen der Anfrischungswunde u. s. f. sind erschöpfend und lehrreich, wenngleich sie Neues nicht bieten sollen. Die Nachbehandlung geschieht ohne Gebrauch des Catheters — bis auf Ausnahmefälle.

Die seltenen Dünndarmscheidenfisteln, der Anus praeternaturalis vaginae und die Fistula ileovaginalis, sowie die Operation der Rectovaginalfisteln nach Simon, resp. die Spaltung des Dammes mit darauf folgender Perinaeoplastik sind kurz, aber genügend abgehandelt. Die Operationen der Geschwülste der Scheide, je nachdem sie interstitiell entwickelt, flächenhaft aufsitzend oder polypös aufsitzend sind, werden analog den entsprechenden Erkrankungen der Vulva ausgeführt; diese Neubildungen kommen bekanntlich seltener vor als an der Vulva — mit Ausnahme der Cysten und der Carcinome.

Die Operationen an der Cervix uteri beziehen sich auf die angeborenen oder erworbenen Verschliessungen und Verengerungen derselben, Discission und Stomatoplastik, Emmet'sche Operation, auch die theilweise und vollständige Exstirpation der Cervix.

Die ersteren Operationen sind zum Theil analog den correspondirenden an der Vagina und Vulva, und auch hier kann die Atresie wegen consecutiver Hämatometra und Hämatosalpinx vitale Indication zur Operation werden. Die Punction ist bisweilen schwierig und gefährlich, so dass statt aller anderen Eingriffe die Ausführung der supravaginalen Amputation des Uterus in Frage kommen kann. Schröder und Slawjanski haben diese Operation ausgeführt.

Die Discission und Stomatoplastik werden durch dieselben Zustände erfordert, und kann und sollte wohl die erstere Operation, ausser wenn sie behufs Ermöglichung der Diagnose oder als Hülfsoperation gemacht wird, lieber durch die zweite stets ersetzt werden. Die keilförmige Excision und die kegelmantelförmige Excision sind in ihrem Dauereffect sicher, — was von der einfachen Discission ohne Vernähung nicht gesagt werden kann. Die keilförmige Excision kann sehr zweckmässig mit der Emmet'schen Operation verbunden ausgeführt werden, wie das Schröder und Martin auch öfter ausgeführt haben. Das Ectropium ist meist mit Bindegewebshypertrophie der Muttermundslippen verbunden; in diesen Zuständen kann der Operateur zur Ausübung sehr verschiedenartiger Modificationen der Operation kommen, die alle das gewünschte Ziel erreichen. Schröder hat die Emmet'sche Operation selten ausgeübt und durch die theilweise Exstirpation der Cervix ersetzt. Die vollständige Exstirpation oder die Amputatio colli uteri infravaginalis wurde früher auch mittelst Ecraseur, Drahtschnürer und der galvanocaustischen Schneideschlinge ausgeführt. Diese Methoden haben der durch das Messer mit nachfolgender Naht weichen müssen. Diese Methoden sind durch Sims, Hegar-Kaltenbach und Schröder sehr vervollkommnet worden, und namentlich hat Hegar das Verdienst, die rationellste Methode der Vernähung angegeben zu haben. Die Art nach Schröder zu amputiren ist eigentlich ebenso sehr keilförmige Excision wie Amputation und erzielt viel günstigere Verhältnisse für die Vernähung der Operationswunde. Sie findet ihre Anzeige vorzugsweise in Fällen von fehlerhafter Form und Grösse der Portio, während sie bei Erkrankung durch maligne Neubildung durch die trichterförmige Excision nach Hegar, oder die hohe Amputation nach Schröder zu ersetzen ist, eines Eingriffes, aus dem sich die vaginale Exstir-

pation des ganzen Uterus entwickelt hat. Die ersten Acte dieser beiden Operationen sind identisch: Circuläre Umschneidung der Cervix, stumpfe Auslösung derselben mit Herabziehung, Sicherung der zuführenden Gefässe mittelst Ligaturen, dann Abtragung erst der einen, durch Spaltung der seitlichen Commissur freigemachten, Wand und dann der anderen; die beiden Stümpfe werden mit der Scheidenwand gedeckt und vernäht, die Nähte fassen das Bindegewebe mit. Kaltenbach erzielte durch seitlich aus der Scheidenwand herausgeschnittene Lappen einen glatteren und leichter zu vernähenden Stumpf, welcher durch Abschnürung mit elastischer Ligatur (Martin), die bei stark hypertrophischer Portio des prolabirten Uterus leicht anzubringen ist, zur Operation blutleer gemacht wird. Die Amputation mit der Glühschlinge macht Schröder nicht wegen der nach dieser Methode häufig folgenden Narbencontractur. Mit der Einführung der Wundnaht ist in der That eine vollkommenere und sicherere Methode der Absetzung der Vaginalportion gegeben, welche eine Bestimmung der Absetzungsstelle in das freie Ermessen des Operateurs stellt. Wo das Herableiten des Uterus vor oder in die Vulva nicht möglich ist, kann der Gebrauch der Glühschlinge mitunter zweckmässiger sein, als der des Scalpells. (Ref.). (Schluss folgt).

Prof. H. v. Ziemssen: Die Aetiologie der Tuberculose. Klinische Vorträge von H. v. Ziemssen. Achter Vortrag. Leipzig 1887. F. C. W. Vogel. 8°. 21 Seiten.

Als Hauptursache der grossen Calamität der Tuberculose betrachtet Ziemssen den «Mangel genügender Muskelaction im Freien und des Genusses der frischen Luft», weil kein anderes Moment so sehr die Widerstandskraft der Gewebe und der Zellen schwächt, wie dieses. Sowie aber die Reactionskraft fehlt, können die eingedrungenen Schädlichkeiten nicht wieder aus dem Körper herausgeschafft, respective im Körper unschädlich gemacht werden. Als Beweis führt Ziemssen diejenigen Gesellschaftsclassen an, welche am meisten von der Tuberculose decimirt werden und bei welchen das angeführte schädigende Moment am deutlichsten in die Augen springt, es sind das Gefangene, Insassen von Klöstern, schlechten Kasernen, Seminarien, Waisenhäusern etc. Auch die übrigen ätiologischen Momente werden vorgeführt, wenngleich nicht vollständig, z. B. ist der von Brehmer hervorgehobenen Depotenzirung der Descendenz durch zu schnell auf einander folgende Geburten, sowie des Trauma als ätiologischen Moments nicht Erwähnung geschehen. Max Schmidt.

Vermischtes.

— Die militär-medicinische Academie hat dem Charkow'schen Professor A. Brandt für sein Lehrbuch der vergleichenden Anatomie und dem Privatdocenten derAcademie, Dr. E. Ssalischtschew für seine anatomische Untersuchung des Perineums von der *Sagorski-Prämie* je 600 Rbl. zuerkannt. (Wr.)

— Die interimistische Leitung der chirurgischen Hospitalklinik an der militär-medicinischen Academie ist nach dem Tode Prof. Bogdanowski's seinem Assistenten Dr. P. Multanowski und die Vorlesungen sind dem Privatdocenten Dr. Kruglewski übertragen worden. Zu Candidaten für diesen vacanten Lehrstuhl sind Dr. P. Multanowski, der Privatdocent A. Kruglewski (St. Petersburg) und die Professoren Sinizyn (Moskau), Podres (Charkow) und M. Subbotin (Charkow) in Vorschlag gebracht worden. Ausserdem soll Prof. E. Pawlow den Wunsch geäussert haben, diesen Lehrstuhl zu übernehmen.

— Dr. A. Korkunow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-med. Academie als Privatdocent für interne Medicin habilitirt.

— Als Nachfolger des soeben verstorbenen Prof. v. Bamberger in Wien wird Prof. v. Schrötter bezeichnet.

— *Bestätigt*: Der Docent der Dorpater Universität, Staatsrath Lemberg — als ausserordentlicher Professor der Mineralogie an dieser Universität; der Prosector und Privatdocent der Universität Charkow, Staatsrath Dr. Popow — als ausserordentlicher Professor der Anatomie an der genannten Universität.

— *Verstorben*: 1) Am 30. October in Sselo Alexandrowskoje bei Petersburg der Arzt auf der dortigen mechanischen Fabrik, Roman Iwanowski. 2) In Kischinew der Divisionsarzt der 8. Cavallerie-Division, Staatsrath Michael Maltschenko. 3) In Minsk Dr. M. Portugalow. 4) Am 11. October in Suchum-Kalé der frühere Stadtarzt von Woronesh, N. Rjabtschewski, an der Schwindsucht. Der Verstorbene stammte aus Woronesh und hat nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie im J. 1874 auch einige Zeit am hiesigen Nicolai-Kinderhospital gedient. 5) Am 7. November n. St. in Freiburg der Professor der pathologischen Anatomie an der dortigen Universität, Dr. Rudolph Maier, nach langer Krankheit im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene ist Verfasser eines trefflichen Lehrbuches der pathologischen Anatomie.

— Professor Dr. Heinr. v. Bamberger, dessen Tod wir in der vorigen Nummer meldeten, ist am 27. December 1822 zu Prag geboren, woselbst er auch Medicin studirte und i. J. 1847 den Doctorgrad erlangte. Bald darauf wurde er Oppolzer's Assistent und folgte demselben auch nach Wien. Im Jahre 1854 leistete er einem Rufe als Professor der medicinischen Klinik nach Würzburg Folge, von wo er i. J. 1872 zum Nachfolger seines Lehrers Oppolzer nach Wien berufen wurde. Im Jahre 1885 wurde B. zum Rector der Wiener Universität gewählt und in den letzten 2 Jahren fungirte er als Präsident der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Mit Bamberger, der gleich gross als Arzt wie als Lehrer war, ist der letzte Ausläufer der berühmten Rokitansky-Skoda-schen Schule hingeschieden. Er gehörte, wie Prof. Nothnagel am Tage nach dessen Hintritt zu seinen Zuhörern sagte, zu den glücklich veranlagten Geistern, in welchen naturwissenschaftliches Denken und künstlerisches Handeln in gleich hohem Maasse vertreten waren. Die letzte Diagnose Bamberger's ist diejenige gewesen, welche er sich selbst gestellt hatte mit den Worten: «Neoplasma des Respirationsapparates und Exitus in wenigen Wochen». Von den zahlreichen kleineren Arbeiten absehend, nennen wir hier seine beiden Hauptwerke: «Die Krankheiten des chylopoetischen Systems» und sein «Lehrbuch der Herzkrankheiten», welche beide aus der Zeit seiner Wirksamkeit in Würzburg stammen.

— Der *Ostercyclus der Berliner Feriencurse* wird am 11. März 1889 beginnen und ungefähr einen Monat dauern.

— Am 3. November n. St. fand in *Würzburg die feierliche Eröffnung des neuerbauten physiologischen Instituts* statt, bei welcher Gelegenheit der Director desselben, Prof. Fick, eine Rede über die Ziele und Wege der modernen physiologischen Forschung hielt. Das neue Institut enthält 2 Auditorien, einen Raum für Thierversuche, mehrere Zimmer für chemische Arbeiten, 2 Säle für physikalische Beobachtungen, einen Saal für optische Studien, welche sämmtlich den neuesten Anforderungen entsprechend eingerichtet sind. In demselben Gebäude befindet sich auch der Bibliotheksaal und die Wohnungen des Directors und eines Assistenten.

— Die *feierliche Eröffnung des «Institut Pasteur» in Paris* hat am 14. November in Gegenwart des Präsidenten der Republik, der Minister und einer zahlreichen Versammlung stattgefunden. Bekanntlich ist dieses Institut durch freiwillige Beiträge erbaut worden, welche eine Höhe von 2,586,680 Frcs. erreicht haben. Prof. Grancher, ein Mitarbeiter Pasteur's verlas einen Bericht über die Geschichte und den gegenwärtigen Stand der Pasteur'schen Präventivimpfungen gegen die Tollwuth. Im Bericht wurde die Zahl der bereits bestehenden derartigen Institute auf 21 angegeben, darunter auch das von Dr. Ullmann in Wien eingerichtete, welches aber, wie wir seiner Zeit berichtet haben, schon längst eingegangen ist, da die österreichische Regierung auf Grund eines von Fachmännern eingeholten Gutachtens über den Werth der betreff. Schutzimpfungen demselben die Subvention entzog. Nachdem Pasteur seine Rede gehalten, überreichte der Präsident Carnot den beiden Mitarbeitern P's, Dr. Grancher und Dr. Duclos den Orden der Ehrenlegion (croix d'officier). Das Institut ist ein Prachtbau (mit Garten) und besteht aus 2 Hauptgebäuden, von denen das eine die Warte-, Hör- und Arbeitssäle etc. enthält, das andere ein Palast ist, welcher zum persönlichen Gebrauch Pasteurs bestimmt und luxuriös eingerichtet ist. In den französischen Fachkreisen soll übrigens, wie die «Allg. med. C.-Ztg.» erfährt, der Pasteur-Enthusiasmus sehr getadelt werden, da die Resultate der von Pasteur geübten Schutzimpfung als mindestens sehr zweifelhafte bezeichnet werden müssen, wenn man bedenkt, dass von den durch ihn in den letzten 2 Jahren der Schutzimpfung unterzogenen Personen bisher mindestens 60 als an der Tollwuth verstorben eruirt worden sind, während ihre wirkliche Zahl, die von den Anhängern Pasteur's principiell verheimlicht wird, unzweifelhaft eine weit grössere ist.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 6. November d. J. 5628 (95 mehr als in der Vorwoche), darunter 263 Typhus- (18 mehr), 514 Syphilis- (31 weniger), 73 Scharlach- (13 mehr), 2 Diphtherie- (8 weniger), 4 Masern- (3 weniger) und 7 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorwoche).

— Wie verlautet, hat Sir Morell Mackenzie gegen den Londoner Buchhändler *Paul Schlossmann* eine Klage angestrengt, welchem der Alleinverkauf des Berichts der deutschen Aerzte über die Krankheit Kaiser *Friedrich III.* in englischer Sprache vom Berliner Verleger übertragen worden ist.

— Am 6. November fand im Restaurant *Contant* das Diner zu Ehren des Dr. Ebermann statt, an welchem eine stattliche Zahl Aerzte Theil nahm.

— Im Jahre *1887* betrug an der *Moskauer Universität die Zahl der Studirenden* 3259; ausserdem gehörten derselben noch 332 Apothekergehülfen und 76 freie Zuhörer an. *Neu aufgenommen* wurden im Berichtsjahre 855 Personen, den Cursus absolvirten 508 und vor Vollendung ihrer Studien traten 176 Personen aus. Die grösste Zahl der Studirenden hatte die medicinische Facultät, nämlich 1218, dann folgte die juristische mit 1099, die physiko-mathematische mit 650 und die historisch-philologische mit 292 Studirenden. Die *Gesammtzahl der Professoren und Docenten* belief sich auf 154, von denen 51 der medicinischen Facultät angehörten und zwar 13 ordentliche, 15 ausserordentliche Professoren und 23 Privat-Docenten. Ausserdem waren noch 5 Prosectoren angestellt. Den Doctorgrad erhielten in der medicinischen Facultät 11 Personen (in den übrigen Facultäten nur 5). Die Würde eines Arztes erlangten 231 Personen, die eines Provisors 38, eines Apothekergehülfen 165, einer Hebamme 165 und eines Zahnarztes 3 Personen. Der Unterhalt des Personalstandes der Moskauer Universität kostete 293,946 Rbl., ausserdem wurden für Lehrmittel, Verwaltungsunkosten und diverse andere Kosten 215,044 Rbl. verausgabt. Die Collegiengelder wurden im I. Semester 1887 — 618 Studirenden, im II. Semester 523 erlassen. Für Stipendien wurden i. J.



1887. 117,023 Rbl. verwandt, und zwar erhielten im I. Semester 444, im II. Semester 409 Studirende Stipendien. Unterstützungen genossen im I. Semester 365 Studenten im Betrage von 8245 Rbl. und im II. Semester 285 Studenten im Betrage von 6141 Rbl. Von privater Seite wurde noch an Collegiengelder für 221 Studenten 4533 R., an Unterstützungen 318 Rbl. und für freien Mittagstisch 7812 Rbl. verausgabt. Die Wohlthätigkeitscapitalien der Moskauer Universität beliefen sich auf 1,201,257 Rbl.

— In dem soeben begonnenen Wintersemester sind *an der Berliner Universität im Ganzen 2253 Studirende neu immatriculirt* worden, von denen 568 sich dem Studium der Medicin widmen.

— Die *Gesammtzahl* der während des vergangenen Sommerhalbjahres bei den *20 Universitäten des deutschen Reiches und der Academie zu Münster immatriculirten Studirenden* betrug 29,190. Die höchste Zahl der Studirenden hat Berlin aufzuweisen, nämlich 4767. Auf den übrigen Hochschulen betrug die Zahl der Studirenden: München — 3809, Leipzig — 3208, Würzburg — 1547, Halle — 1489, Tübingen — 1449, Breslau — 1343, Bonn — 1313, Freiburg — 1125, Greifswald — 1066, Göttingen — 1016, Heidelberg — 984, Marburg — 928, Erlangen — 926, Königsberg — 844, Strassburg — 828, Jena — 634, Kiel — 560, Giessen — 546, Münster — 451 und Rostock — 347. Auf das *Studium der Medicin* entfielen 9046 Studirende und zwar hat München die grösste Zahl der *Mediciner* aufzuweisen, nämlich 1599; Berlin folgt mit 1159 Medicinern, zu welchen aber noch 250 Studirende der militärärztlichen Bildungsanstalten hinzuzurechnen sind. Im Verhältniss zu den anderen Facultäten hatte die medicinische in Würzburg und Greifswald die grösste Zahl der Studirenden. *Die Gesammtzahl der Docenten* an den deutschen Universitäten betrug 2283, darunter 1026 ordentliche Professoren, 470 ausserordentliche Professoren, 57 Honorarprofessoren und Academiker, 609 Privatdocenten. Die grösste Zahl der Docenten wirkte in Berlin — 320, es folgt Leipzig mit 179, München mit 167 Docenten. Die kleinste Docentenzahl weist Rostock auf, nämlich nur 42.

— In der St. Petersburger Anstalt für Massage und schwedische Heilgymnastik von G. Odéen (Arzt der Anstalt Dr. Grimm), Ingenieurstrasse № 16, unweit des Circus, im Pavillon des Fechtsaals für Officiere, werden zwei Mal in der Woche — Montags und Freitags Abends um 7 Uhr arme Kranke, die einer Behandlung mit Massage bedürfen, für eine ihren Mitteln entsprechende Bezahlung oder auch unentgeltlich empfangen werden. Die Berechtigung zu dieser Behandlung haben aber nur solche Kranke, die ein entsprechendes Zeugniss seitens eines der Herren St. Petersburger Aerzte vorweisen.

— *Ein Fall von Cocainvergiftung.* Dr. Slayter berichtet von einem Kranken, dem er 15 Tropfen einer 10% Lösung subcutan in die grosse Zehe vor Ausführung einer Operation injicirt hatte. 10 Minuten nach der Einspritzung wurde Pat. cyanotisch und gleichzeitig entwickelte sich bei ihm ein epileptiformer Anfall, welcher nach einigen Minuten aufhörte. Jetzt ging man mit der Operation vor, während welcher aber und noch einige Stunden nachher der Kranke stark geblendet blieb und 24 Stunden hindurch an Schmerzen in den Augen litt. Vorher war niemals Epilepsie bei dem Kranken aufgetreten. (Brit. Med. Journ. 25, 2. 88. — D. Med. Z. № 93).

— Als Symptome der Cocainvergiftung führt Thomas P. Satterwhite auf Grund des Studiums von 100 veröffentlichten Fällen an: Nausea, Vomitus, Kopfschmerzen, Taubheit, Blindheit, Verlust des Geschmacks und Geruchs, profuse kalte Schweisse, Cyanose, Magenkrämpfe, frequenten, schwachen, unregelmässigen, intermittirenden Puls; oberflächliche, stöhnende, unregelmässige und aussetzende Athmung; Gang, Sprache und Schlucken sehr geschwächt; starre Muskeln, Palpitationen, Erstickungsgefühl und Beklemmung auf der Brust; Verlust der Motilität und Sensibilität in Armen und Beinen, allgemeines taubes Gefühl, intensive Ruhelosigkeit, äusserste Prostration, Schwindel, Schwäche, Gefühl des herannahenden Todes, Bewusstlosigkeit, Convulsionen, Lähmung, Hallucinationen, Manien, Delirium und Tod.

Cocain kann selbst in den sonst als unschädlich angesehenen Dosen schon gefährlich sein, besonders wenn es subcutan verabreicht wird. Die letale Dosis ist unbestimmt. Antidote sind: Amylnitrit, Morphium, Alcohol, Ammoniak und Digitalis.

(The Amer. Pract. VI, 66. 1888. — D. Med. Z. № 93).

— Bekanntlich haften den *im ärztlichen Gebrauch befindlichen Glasthermometern* mancherlei Mängel an, so dass die von dem Patent- und technischen Büreau von Paul Bartert in Görlitz gemachte Mittheilung über die Construction eines handlicheren, grössere Festigkeit und fast absolute Genauigkeit bietenden Instrumentes nur freudig begrüsst werden kann. Die Construction des neuen Thermometers beruht auf dem Princip der Bourdon'schen Röhre. Eine sehr elastische Röhre ist spiralförmig gebogen und mit einer in der Wärme sich ausdehnenden Flüssigkeit angefüllt. Dehnt sich die Flüssigkeit aus, so zwingt sie das freie Ende der Röhre zu einer Curvenbewegung, welche, durch Rad- und Triebsystem vergrössert, vermittelst des Zeigers sichtbar gemacht wird. Die äusserst solide und saubere Ausführung der Mechanik macht das Thermometer fast unzerbrechlich; es verträgt ein leichtes Zubodenfallen ohne Störung. Sollte das Thermometer durch starkes Fallen oder durch Missbrauch schwer beschädigt werden, so kann es von dem Fabrikanten ohne grosse Kosten wieder in Ordnung gebracht werden. Form und Grösse sind diejenigen einer Damenuhr. Es findet daher eine vollständige Umschliessung in der Achselhöhle statt, so dass grössere Genauigkeit in der Angabe der Fiebertemperatur erlangt wird, als bei Glasthermometern mit Capillarröhren. Deutsche und andere ausländische Behörden haben der ausführenden Firma, Otto Immisch in Görlitz, die technischen und praktischen Vorzüge des Instrumentes, die Handlichkeit, Genauigkeit und Dauerhaftigkeit desselben bestätigt.

— Dr. Pandurel (Gazzetta med. italian.) hat mit einer Abkochung und einer Tinctur aus dem Samen von *Peganum Harmola*, einem in Aegypten, Spanien und der Krim wild wachsenden, in anderen Theilen Europa's cultivirten Futterkraute, Versuche angestellt und gefunden, dass die Drogue eine ausgesprochene emmenagoge, dabei aber auch eine toxische, haschischähnliche Wirkung habe; die Einzelgabe bei der Tinctur beträgt 3β.

(New-York Med. Rec. Sept, 15.)

Bülletin der meteorologischen Station Dr. Dmitrijew's in Jalta.

Monat u. Datum	Temp. der Luft nach Celsius						Barometer	Hygr.	Windfahne			Zustand d. Himmels			Niederschlag
	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	Maximum	Minimum	Mittel	Mittel	Mittel	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	Mm.
Oct.															
14	11,8	14,6	11,8	20,5	8,7	12,7	773,0	78	0	E_{2}	0	S_{10}	N_{10}	N_{5}	0
15	9,0	15,6	9,4	18,0	8,6	11,3	770,7	73	NW_{3}	ZE_{2}	0	SC_{2}	C_{4}	0	5,6
16	9,8	16,8	9,6	20,0	8,4	11,7	768,0	74	0	Z_{2}	0	0	0	0	0
17	10,8	19,1	14,4	19,5	8,8	14,8	767,0	74	0	ZE_{1}	NW_{1}	C_{4}	C_{4}	0	0
18	13,6	—	14,2	22,0	9,3	—	—	—	0	—	0	C_{1}	0	0	0
19	17,4	22,1	17,2	23,0	12,8	18,9	760,0	50	0	ZE_{1}	0	S_{5}	C_{2}	0	0
20	16,4	16,4	12,6	27,0	12,2	15,1	763,7	68	0	Z_{2}	0	0	N_{9}	N_{6}	0
22	12,8	21,2	13,8	25,0	12,0	15,9	756,3	84	0	Z_{3}	0	C_{3}	C_{2}	0	—
23	16,6	18,8	15,3	21,5	11,4	17,0	752,0	76	ZW_{2}	Z_{2}	0	N_{10}	N_{10}	0	—
24	11,4	15,6	12,4	20,5	8,8	13,1	753,3	67	0	E_{1}	0	N_{10}	SC_{7}	0	4,0
25	9,4	12,8	7,2	16,0	4,0	9,8	758,3	55	0	—	N_{2}	CN_{5}	CN_{6}	C_{3}	—
26	4,6	8,6	4,8	13,5	4,4	6,0	760,3	62	N_{1}	ZW_{4}	0	CN_{8}	CN_{10}	N_{10}	—
27	6,6	9,0	7,8	11,0	3,5	7,8	751,4	90	0	Z_{1}	0	N_{10}	N_{10}	N_{10}	34,0
28	9,6	4,4	-0,6	10,5	-1,6	2,5	755,0	68	0	NE_{4}	NW_{6}	N_{10}	CN_{6}	0	18,1

N = Nord, Z = Süd, W = West, E = Ost, 0 = Windstille. Die beigefügte Zahl giebt die Stärke des Windes in 1/10 an. C = Cumulus, N = Nimbus, S = Stratus. Die beigefügte Zahl zeigt an, wie viel Zehntel des Himmels bedeckt sind. 0 = wolkenloser Himmel,

F. W.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 30. Octbr bis 5. Novbr. 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
227	177	404	72	24	57	11	7	10	38	50	53	36	33	10	1	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 1, Scharlach 13, Diphtherie 8, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie u. Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 9. Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 24.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren: Summa	Lebendgeboren: Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben: Summa	Gestorben: Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	21.—27. Oct.	2665	32,3	—	1737	21,3
Paris . . .	2 260 945	21.—27. Oct.	1188	27,6	81	996	22,0
Brüssel . .	181 270	21.—27. Oct.	89	25,5	4	62	17,8
Stockholm .	221 549	14.—20. Oct.	135	31,6	4	71	16,6
Kopenhagen	300 000	24.—30. Oct.	181	31,3	9	135	23,4
Berlin . . .	1 414 980	21.—27. Oct.	830	30,4	17	542	19,0
Wien . . .	800 889	21.—27. Oct.	537	34,8	30	344	22,8
Pest . . .	442 787	14.—20. Oct.	297	34,9	16	209	24,5
Warschau .	444 814	21.—27. Oct.	346	40,4	15	258	30,1
Odessa . . .	268 000	21.—27. Oct.	—	—	7	136	26,4
St. Petersburg	**861 303**	**28. Oct. — 4. Nov.**	**590**	**35,7**	**30**	**350**	**21,1**

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. November 1888.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 22. November 1888.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, Wass. Ostr., 17. L. Haus 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская, 43, кв. 20.
*Louise Lehmann, Kleine Morskaja 12, Quart. 22.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5. лин. и Академ. переул., д. 1/6, кв. 21.
Julie Blumbach, Спасская ул., д. 19, кв. 6.
T. Fischer, Станція Удѣльная Кубанск. ул., № 23.
Wilhelmine Hensel, В. О. 17 лин., д. № 12, кв. 13.
Августа Федоровна Кауфманъ, по. Фонтанкѣ, бл. Симеоновск. м., д. 22, кв. 9.
Луиза Карловна Мертке, Гороховая ул., д. 42, кв. 28.
И. Ристлавъ, Витебск. ул., д. 22, кв. 28.
Amalie Ritter, В. О. 17 л., д. 12, кв. 37.
Ю. Штейнъ, Эртелевъ пер., д. 7, кв. 12.
E. van der Vliet, Больш. Мастерская, д. № 5, кв. 49.
П. Эйрихъ, Ивановск. ул. д. 18 кв. 11.
Amalie Schulze, Alexander-Platz H. 6. Qu. 58.
A. Schönfeldt, В. О. 12 лин., д. 17, кв. 2.
Frau E. Kroeger, Офицерская ул., д. 18, кв. 28.
Maria Brüllow, В. О. Сред. прос. 1/10, кв. 28.
Ottilie Rupprecht, Гусевъ пер., № 17.

Дозв. ценз. Спб. 11. Ноября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. Wahl, Dorpat. Dr. Th. v. Schröder, St. Petersburg.

№ 47. St. Petersburg, 19. November (1. December) 1888.

Physiatrische Beiträge.

Von

Dr. Max Buch in Willmanstrand, Finnland.

Einleitung.

Indem ich hiermit eine grössere Reihe physiatrischer Publicationen beginne, habe ich das Bedürfniss, vorerst einige einleitende Worte zu äussern. Schon seit meiner Inaugural-Dissertation «Ueber die periphere Temperatur des Menschen» (Dorpat 1877) habe ich unablässig einschlägiges Material gesammelt, theoretisches und praktisches, physiologische Untersuchungen gemacht und Krankengeschichten aufgespeichert, alles in der Absicht, um dieselben in einem grossen Werke niederzulegen, und nur Kleinigkeiten sind bisher mitgetheilt worden. Inzwischen erkrankte ich an einer Neurasthenie, die mir mehrere Jahre das wissenschaftliche Arbeiten unmöglich gemacht hat und auch jetzt sehr hinderlich ist; namentlich das Suchen nach der einschlägigen Literatur wird mir noch lange nicht gestattet sein. Ich habe mich daher entschlossen, meine Untersuchungen jetzt mitzutheilen ohne weitläufige Literatur jeder Frage, sonst komme ich vielleicht nie dazu; wenn ich dann auch nicht selber das geträumte Schloss erbauen kann, so findet mein Nachfolger doch wenigstens eine Reihe zum Theil noch roher, zum Theil schon behauener Blöcke, daraus er das grosse Werk zusammenstellen kann, zum Theil freilich auch nur Entwürfe.

I. Was ist Physiatrik und in welchem Verhältnisse steht sie zur Pharmakologie?

Man liest häufig mehr oder weniger mit Reclameblumen verzierte Anzeigen über Naturheilanstalten, Naturheilmethoden; doch weiss Niemand so recht, was er darunter zu verstehen hat; wir wollen dieser Frage daher einige Aufmerksamkeit schenken. Im Allgemeinen ist man geneigt unter Naturheilmethoden die therapeutische Anwendung der physikalisch, nicht chemisch wirkenden Naturkräfte zu verstehen, wie z. B. die Wärme, Elektricität etc.

Als solche physikalische Heilmethoden sind daher anerkannt die Hydrotherapie und Thermotherapie überhaupt, ferner Massage und Heilgymnastik, Bewegungscuren überhaupt, Pneumatotherapie, Luft-, Höhen-, Diätcuren, Elektrotherapie. Man geht dabei meist von der mehr oder weniger klaren Vorstellung aus, dass man mit den genannten Mitteln dem Körper nichts ihm Fremdes beibringt, sondern nur entweder seine natürlichen Lebensbedingungen so umgestaltet, dass sie die Lebenserscheinungen oder den Lebensprocess in andere gesundere oder normalere Bahnen lenkt, wie z. B. mittelst der Diätcuren, Bewegungscuren etc. geschehen kann. Auch die Luftcur kann gewissermaassen als Diätcur gelten, indem dem Körper statt der bisherigen schlechten, unzweckmässigen Luft reine und gute zugeführt wird, oder aber es wird auf die Organe, namentlich das Nervensystem «umstimmend» gewirkt, wie der herrliche, vielsagende Kunstausdruck lautet. Hier muss vor Allem die Thermo- und Elektrotherapie genannt werden; doch nehmen die meisten dieser Mittel mehrere der aufgezählten heilsamen Eigenschaften zu gleicher Zeit für sich in Anspruch, das Wassertrinken z. B. kann zugleich Diät- und Thermocur sein.

Wir sehen jedoch bei näherem Zuschauen bald, dass «grau ist jede Theorie». Im arbeitenden Muskel bildet sich Milchsäure; ist nun das Einverleiben von Milchsäure auch Naturheilmethode? ja als saure Milch, gewiss, dann ist es Diätcur, aber chemisch rein? bei Leibe nicht! Das Blutkörperchen bedarf als eines seiner wichtigsten Bestandtheile des Eisens; wir führen dem Körper dasselbe durch die Nahrung zu, das ist Diätcur; dann dürfen wir ihm dasselbe Präparat aber auch wohl in Pillenform einverleiben? Nur ja nicht, das ist Giftmischerei! Dasselbe ist mit den Nährsalzen der Fall, welche dem Körper ebenso nothwendig sind wie Eiweiss, Fette und Kohlehydrate; so lange wir sie in Form von Gemüsen, Liebig'schem Fleischextract, Bouillon oder Molken beibringen, ist es gut, sobald wir es aber wagen, dieselben Salze in denselben Mengen chemisch rein zu geben, ja dann sind es gefährliche Herzgifte. Der Alcohol ist ja bekanntlich eines der gefährlichsten Gifte, aber in der Form von Kumyss oder Kefir ist er für Diätcuren höchst passend. Solcher Beispiele könnten noch viele gehäuft werden, doch genug damit.

Nun aber die Thermocuren, da ist doch gewiss nichts Chemisches dabei, das ist doch einmal die reine Physik. Das

gewöhnliche Substrat dieser Cur ist reines Quellwasser, das Angriffsobject die Haut; in der That kann man dagegen nichts sagen. Thermocuren kann man aber ebensogut mit salzhaltigem Wasser vornehmen, z. B. Soolen, deren Salzgehalt bis 3, 5, 8 und mehr Procent beträgt, oder wir nehmen Seebäder, deren Salzgehalt auch 3% und mehr beträgt; das ist doch einmal Naturheilmethode? gewiss, aber man ist auch jetzt schon ganz einig darüber, dass keine chemischen Stoffe, keine Salze noch Säuren aus dem Bade durch die Haut aufgenommen werden. Diese Bäder wirken eben hauptsächlich thermisch und ausserdem wird durch die Salze, beziehungsweise die Kohlensäure, ein Hautreiz gesetzt, welcher unter Umständen die thermischen Einflüsse unterstützen kann, einen grösseren Blutreichthum der Haut bewirkt, dadurch den Stoffwechsel umgestaltet und auch wohl noch in anderer Weise reflectorisch auf Nerven- und Gefässbahnen einwirkt, was wohl mit dem Ausdruck «umstimmen» gemeint ist.

Wie aber verhält es sich nun, um nur ein Beispiel zu nehmen, mit den Schwefelwässern? Die flüchtigen, giftigen Schwefelverbindungen werden durch Nase und Mund in ziemlich beträchtlichen Mengen eingeathmet. Freilich ist meist die thermische Wirkung die Hauptsache, ich erinnere nur an die Behandlung des Rheumatismus und der Syphilis in Aachen und anderen Schwefelthermen, Krankheiten, die vielleicht mit demselben Nutzen auch in Wasserheilanstalten behandelt werden und wo man möglicher Weise die Schwefeldämpfe nur mit in den Kauf nimmt. Aehnlich verhält es sich mit den kohlensäurehaltigen Wässern. Mit den Mineralbadecuren ist jedoch fast stets eine Trinkcur vereinigt, oder es wird etwa nach der Bergeon'schen Methode bei Schwindsucht aus schwefelwasserstoffhaltigem Wasser gewonnenes Schwefelwasserstoffgas in den Mastdarm insufflirt, ist das auch noch Naturheilmethode? Ich weiss nicht, was die Naturprokuristen darauf sagen. Aber wenn wir den Schwefelwasserstoff aus Schwefelleber bereiten und dann insuffliren, dann ist es selbstverständlich schon «schädlicher Arzneikram», wie es in ihrem schönen Lexicon heisst. Gegen die Metallotherapie kann man nichts sagen, so lange die Metalle nur auf die Haut gelegt werden, sobald aber ein Salz von dem Metall, das sich beim Auflegen auf die Haut als wirksam erwiesen hat, dem Körper einverleibt wird, so ist es aus mit der Physiatrik, wenn man sich nicht an die schöne Theorie hält, dass in diesem Falle das Kupfersalz, gleich dem metallischen Kupfer beim Auflegen auf die Haut, physikalisch wirkt, etwa durch Erregung elektrischer Ströme oder sonst auf irgend eine noch unentdeckte Weise, und die chemischen Nebenwirkungen nur als unangenehme Beigabe mit in den Kauf genommen werden. Auch die Elektricität kann elektrolytisch wirkend chemische Processe hervorrufen.

Das Angeführte dürfte genügen, um klar zu beweisen, dass es keine Grenze zwischen physikalischen und chemischen Heilmethoden giebt. Im menschlichen oder thierischen Körper überhaupt, dessen Lebensprocess aus einem unentwirrbaren Durch- und Ineinandergreifen, einem beständigen Herüber und Hinüber von chemischen und physikalischen Naturkräften besteht, wo durch chemische Zersetzungen physikalische Kräfte freigemacht werden und umgekehrt, kann auch der Therapeut keine principielle Scheidung zwischen seinen Heilmitteln vornehmen, er sehe zu, dass er nütze und achte sich, dass er nicht schade. Aber da treffen wir gerade wieder auf ein Hauptargument der Naturagenten. Die physikalischen, die Naturheilmethoden sollen unschädlich sein, während die Medicamente stets Gifte seien, die im Körper verbleiben und ihn für alle Zeiten ruiniren. Hier sind jedoch zwei capitale Irrthümer zu verzeichnen. Einmal sind die physikalischen Heilmethoden keineswegs jederzeit unschädlich. Ein Mittel, das unter allen Umständen unschädlich ist, kann unter keinen Umständen nützen. Welche der Naturheilmethoden wir auch herausgreifen, durch falsche Anwendung kann der allergrösste Schaden angerichtet werden, die Kälte sowie die Wärme zur unrechten Zeit, am unrechten Orte, in unrechter Weise angewandt, kann die schlimmsten Folgen haben. Noch dieser Tage beobachtete ich einen jungen frischen Mann, der mit einer ziemlich unbedeutenden Kopfwunde in die Dampfbadstube ging und sich dadurch eine tödtliche Meningitis zuzog. Ja auch das Wasser ist eine gefährliche Waffe in unkundiger Hand, nicht weniger gefährlich als Tartarus oder Opium.

Die andere Seite der Frage ist aber ebenso wenig wahr. Die Arzneistoffe verbleiben keineswegs lange im Körper. Er hat ja bekanntlich in eminenter Weise die Fähigkeit, ihm fremde Stoffe zu eliminiren, so dass man z. B. für die Syphilis sich gezwungen sieht, Calomelniederlagen im Körper selbst anzulegen, aus welchen das Mittel ganz allmälig in den Organismus aufgenommen wird, da das Quecksilber sonst allzu rasch wieder aus dem Körper ausgeschieden wird, um die genügende Energie bei genügender Unschädlichkeit entwickeln zu können.

Wir kommen also zum bestimmten Schluss, dass der Arzt durchaus nicht berechtigt ist, principiell nur die einen oder die anderen Mittel anzuwenden, sondern er ist im Interesse seiner Patienten *verpflichtet*, in jedem Falle stets dasjenige Mittel anzuwenden, welches am raschesten und sichersten zum Ziele führt. Das *tuto cito* et *jucundo*, was sonst des Chirurgen oberste Regel war, soll auch des Therapeuten und jeden Arztes Regel sein. Leider ist aber jene Forderung noch der grossen Mehrzahl der Aerzte unausführbar, da sie noch gar keine Gelegenheit haben, sich mit den physikalischen Behandlungsmethoden vertraut zu machen. Dies ist ein grosser Mangel der ärztlichen academischen Bildung, der dringend Abhilfe heischt; doch kommen wir auf diesen Gegenstand bei anderer Gelegenheit zurück.

Wenn nun auch der Arzt nicht principiell zwischen pharmaceutischen und physikalischen Mitteln wählen soll und darf, so fragt es sich doch, ob diese und jene Mittel einen durchgreifenden Unterschied in ihrer Wirkungsweise entfalten, und diese Frage müssen wir im Grossen und Ganzen bejahen. Für Bewegungs-, Diät-, Luft- und Höhencuren dürfte das sofort einleuchtend sein, doch ist das auch für die Hydrotherapie leicht nachweisbar. Während z. B. die pharmaceutischen Nervenmittel stets direct deprimirend oder erregend auf die Nerventheile, sei es periphere Nerven, sei es Nervencentren, sei es centrales Nervensystem, einwirken, so könnte man dagegen die Hydrotherapie in der grossen Mehrzahl ihrer Anwendungsweisen geradezu eine Reflextherapie nennen. Ebenso alle Klopfungen und Hackungen der Massagecuren; auch die Elektricität wirkt häufig durch Reflex, vielleicht auch die Metallotherapie. Wir sind auf diese Weise im Stande durch die verschiedenen Hautreize sämmtliche Muskel enthaltende Organe fast nach unserem Belieben zu beeinflussen, und dazu gehören die wichtigsten des Körpers. Ich erwähne z. B. des Gastrointestinaltractus, des Urogenitalsystems, des gesammten Circulationsapparates, fast aller Drüsen etc. etc. Welche gewaltige Wirkungen können wir nicht allein durch Regelung und Modificirung der Circulationsverhältnisse erzielen, durch Verengerung krankhaft erweiterter, durch Erweiterung verengerter Gefässbahnen u. s. w., wodurch der ganze Stoffwechsel in neue Bahnen gelenkt werden kann. Es sind gewaltige, umfassende Heilmittel diese physischen Naturkräfte und sollte ich wählen zwischen ihnen und den pharmaceutischen Mitteln, ich wählte ohne Bedenken die ersteren. Zum Glück brauchen wir dies aber nicht zu thun und freuen uns daher unserer gedoppelten Macht; ja wir *dürfen* es nicht thun im Interesse der Wissenschaft und der Humanität.

Es giebt übrigens auch eine Gruppe pharmaceutischer Mittel, welche so gut wie ausschliesslich reflectorisch wirken, ich meine die hautröthenden, hautreizenden Mittel, wie Canthariden, Crotonöl, Senföl etc. Diese Reize sind durchaus den thermischen an die Seite zu stellen, ja es

können manche Effecte nachhaltiger, sicherer und besser durch sie erzielt werden; dieselben wirken bei äusserlicher Anwendung ausschliesslich auf dem Reflexwege; ich werde mir daher erlauben, auch diese Mittel zu den physiatrischen zu rechnen. Wenn ich dann noch die hypnotische Suggestion als Naturheilmethode par excellence hierher zähle, so dürfte die Reihe voll sein.

Ich erlaube mir, dieselbe noch einmal aufzuzählen und zu gruppiren:

1. Thermotherapie.
   a) Wassercur mit süssem Wasser oder Hydrotherapie mit Einschluss der römischen und russischen Bäder, sowie der sog. Sonnenbäder;
   b) Bädercur mit Salzwässern oder Balneotherapie mit Einschluss der See-, Schlamm- und Moorbäder;
   c) Sandbäder,
2. Mechanische Curen.
   a) Bewegungscuren; Heilturnen oder Heilgymnastik, Terraincuren;
   b) Heilreiben (Massage [1]);
   c) Pneumatotherapie oder Cur mit verdichteter und verdünnter Luft.
3. Luftcur, Höhencur, klimatische Cur.
4. Diätcuren. Dahin gehören ausser den speciellen Curen gegen Fettsucht, Magendarmkrankheiten etc., auch noch die Mastcur, die Schrot'sche Cur, die vegetarianische oder vegetabilische Diät, die Kumyss-, Kefir-, Milch-, Molken- und Traubencur.
5. Elektrotherapie.
6. Hautreizung durch pharmaceutische Mittel, Vesicantien. (Hierher gehört auch die Baunscheidt'sche Cur).
7. Metallotherapie.
8. Hypnotische Suggestion, von den Curpfuschern dieser Specialität «Magnetopathie» genannt.

Bei dieser Gruppirung ist nicht zu übersehen, dass einige dieser Mittel in mehrere der aufgezählten Gruppen gehören.

II. Einige Worte über den Einfluss des Wetters auf Krankheiten.

Schon seit ich ärztlich zu denken verstehe, ist es mir im höchsten Grade wahrscheinlich und für gewisse Krankheiten sicher gewesen, dass das Wetter einen bedeutenden Einfluss auf das Befinden der Kranken, also auf Krankheitszustände überhaupt hat; wer wollte z. B. leugnen, dass eine ordentliche Narbe besser das Wetter vorauszusagen erlaubt, als die schönsten Instrumente, doch ist es meines Wissens noch Niemandem eingefallen wissenschaftlich zu untersuchen, welche meteorologische Factoren dort thätig sind; mein eigenes Krankenmaterial ist nie einförmig genug gewesen, als dass ich diesbezügliche Untersuchungen hätte anstellen können. Ich las daher mit besonderem Interesse Dr. Andreesen's Arbeit in № 13 dieser Wochenschrift und möchte mir nur einige ergänzende Bemerkungen erlauben, in der Hoffnung, vielleicht andere Collegen mit bequemerem Material zu einschlägigen Untersuchungen anregen zu können. Das Krankenmaterial, an dem man solche complicirte Fragen untersuchen kann, muss nothwendig sehr einförmig sein, wo möglich eine einzige Krankheit betreffen; z. B. Tuberculose. Es wäre auch möglich, dass gerade diese Krankheit nur von den beiden Factoren, Wärme und Feuchtigkeit, auf welche Andreesen sein Augenmerk zu richten empfiehlt, beeinflusst werden; es könnte aber auch sein, und ich halte das für sehr wahrscheinlich, dass auch die Schwindsucht, um zunächst bei dieser Krankheit zu bleiben, noch von anderen Wetterumständen beeinflusst wird. Man hört z. B. von intelligenten Patienten, sie fühlten ihren Hals rauh, wenn sie im Winde gehen. Der Wind muss also schon sicher mit in Betracht gezogen werden, Richtung und Stärke, wenn auch seine Wirkung, wie im angegebenen Beispiel, hauptsächlich auf Temperaturwirkung herauskommen mag. Bei Nervenkrankheiten jedoch, auf die ich mein specielles Augenmerk gerichtet, genügen die genannten Factoren bestimmt nicht, ja dieselben spielen hier vielleicht eine untergeordnete Rolle. Hier haben meinen, freilich nicht auf Zahlen sondern nur auf Eindrücke gestützten Beobachtungen nach, andere Umstände grössere Bedeutung. Es giebt Tage, wo ich mir beim Aufstehen sage: heute werden wohl die Nervösen alle losgelassen sein, und wenn ich dann in die Anstalt komme, so fallen sie richtig von allen Seiten über mich her, der eine hat stärkere Neuralgie, der andere hat die Nacht nicht geschlafen, der dritte hat Kopfschmerzen und so weiter die ganze bunte Scala durch. Ich möchte selber nicht einmal definiren, was da maassgebend ist, mir scheint die Bewölkung und der Barometerstand von hervorragender Bedeutung, doch müssten auch die übrigen meteorologischen Factoren mit in Betracht gezogen und möglicher Weise auch die Mondphasen mit berücksichtigt werden. Am leichtesten scheint es mir nun derartige Untersuchungen an solchen Orten vorzunehmen, wo meteorologische Stationen bestehen und regelmässige meteorologische Berichte für grössere Zeiträume leicht zugänglich sind. Solche Orte haben gewöhnlich auch grosse Krankenanstalten, wo ein reichliches Beobachtungsmaterial zugänglich ist. Es müsste auch hier wohl die statistische Methode benutzt werden und zwar denke ich es mir auf folgende Weise: Es müssten bei Nerven- und Geisteskranken jeden Tag bei jedem Kranken die verschiedenen Symptome, über welche er zu klagen hat, genau notirt werden, wie z. B. Kopfschmerzen, Neuralgien, Schlaf etc. etc., dabei wäre es nothwendig auch den Grad des Symptomes durch Ziffern zu bezeichnen, wie z. B. in Bezug auf Schmerzen: 0 gar keine, 1 geringe, 2 mässige, 3 starke, 4 sehr starke. In derselben Weise muss dann auch der Allgemeinzustand abgeschätzt und mit einer Ziffer versehen werden, wie etwa: sehr gut 0, gut 1, mittelmässig oder nicht besonders gut 2, schlecht 3, sehr schlecht 4. Mit denselben Ziffern könnte auch der Grad der Aufgeregtheit, Depression etc. bei Geisteskranken bezeichnet werden. Nachträglich nimmt man dann die meteorologischen Berichte des Ortes für den betreffenden Zeitraum zur Hand und stellt in einer Tabelle die Krankenziffern mit den meteorologischen Notizen zusammen. Besonders übersichtlich wäre es dann, wenn man für jeden Kranken eine Curve seiner Krankheitsempfindungen zeichnet und auch eine mittlere Curve mehrerer Krankheitsfälle derselben Art für einen grösseren Zeitraum construirt. Für jeden meteorologischen Factor wieder, der sich in Zahlen ausdrücken lässt, wie Temperatur, Windstärke, Feuchtigkeit, Niederschlag, Bewölkung etc., werden ähnliche Curven angefertigt. Aus der Aehnlichkeit oder Unähnlichkeit der Curven könnte dann der Einfluss jedes einzelnen Factors mit Leichtigkeit ersehen werden. Ich möchte besonders die Zweckmässigkeit betonen, die meteorologischen Notizen erst später mit den Krankheitsnotizen zu vergleichen, damit das ziffermässige Abschätzen der Krankheitssymptome möglichst unbeeinflusst bleibt von vorgefassten Ansichten.

Ich glaubte meine Gedanken über diesen wichtigen Gegenstand nicht zurückhalten zu sollen, vielleicht können sie einem künftigen Bearbeiter desselben nützlich sein.

[1]) Ich erlaube mir hiermit statt des französischen «Massage» den Ausdruck Heilreiben vorzuschlagen. *Massage* heisst nur Knetung, während das Wort Heilreiben alle Formen der modernen Massage umfasst. Auch das Hacken, Klopfen und Kneten ist ja stets mit Reibung verbunden. Im Schwedischen wird der Ausdruck *gnida* gebraucht, im Finnischen *hieroa*, beides heisst reiben.

Referate.

Potain: Ueber intrapleurale Injectionen von sterilisirter Luft bei der Behandlung von auf Pneumothorax folgenden Pleuraergüssen. (Bull. de l'acad. de médecine. Paris. 1888. № 17).

Im Hinblick darauf, dass bei der Thoracocenthese, wenn man die *gesammte* in der Pleurahöhle enthaltene Flüssigkeitsmenge entfernt, die kaum vernarbte oder eine andere wenig solide Cavernenwand reissen, wodurch aus dem serösen ein eiteriger Erguss entstehen kann,

und dass, falls die Lunge schon seit längerer Zeit zusammengesunken ist, eine starke Congestion mit folgender Asphyxie oder Pneumonie sich einstellen kann, sowie im Hinblick darauf, dass selbst bei *theilweisen* mehr oder weniger häufig wiederholten Entleerungen des Ergusses die Vortheile der Ruhestellung der vollständig zusammengesunkenen Lunge aufgehoben werden und sogar durch die wiederholten Eingriffe der scheinbar schlummernde Tuberkulosirungsprocess der Lunge wieder angeregt werden kann, empfiehlt Verf., gestützt auf 3 Fälle, die sämmtlich mit Genesung endeten, ein neues Verfahren. Er entleerte den Flüssigkeitserguss vollständig, indem er denselben jedoch gleichzeitig und in demselben Maasse durch eingeführte sterilisirte Luft ersetzte, so dass er jedwede Ausdehnung der Lunge vermied, indem er bemüht war, während der ganzen Procedur in der Pleurahöhle einen höchstens zwischen dem normalen und dem atmosphärischen schwankenden Druck zu unterhalten, d. h. zwischen 7 und 0 Quecksilberdruck. Die Operation musste bei jedem Kranken mehrmals wiederholt werden. So wurden einem Kranken 3 Monate nach dem Auftreten des Pneumothorax 1500 Ccm. serösen Exsudates entleert, worauf, da die Flüssigkeit sich wieder bildete, im Laufe von 5 Monaten noch drei Entleerungen in Intervallen von ungefähr 1½ Monaten vorgenommen werden mussten, welche der Reihe nach 1600, 1400 und 500 Ccm. Flüssigkeit ergaben. Bei einem zweiten Kranken wurde die Operation ungefähr einen Monat nach dem Auftreten des Pneumothorax ausgeführt und musste im Verlaufe von 5½ Monaten 5 Mal wiederholt werden. Trotz der wiederholten Eingriffe waren die serösen Ergüsse nur wenig eitrig geworden und vollständig geruchlos geblieben, was P. der in Anwendung gezogenen sterilisirten Luft zuschreibt. Beide Patienten genasen nicht bloss vollständig von ihren Pleuraexsudaten, sondern hatten während dieser Behandlung auch die vorher vorhanden gewesenen Symptome von Cavernenbildung und rapid fortschreitender Tuberkulose verloren, hatten an Gewicht zugenommen, husteten nur noch wenig, wiesen keine Bacillen im Auswurfe auf. Bei dem einen dieser Kranken konnte noch 2 Jahre nach der Operation mit dem Perimeter nachgewiesen werden, dass der Brustumfang auf beiden Seiten gleich war, während der Cystometer keinerlei Formabweichung der Brust ergab und die Lungencapacität 1600 Ccm. betrug. Diese günstigen Erfolge bezieht P. auf die lange Ruhelage, in welcher sich die Lungen infolge des Druckes durch die sterilisirte Luft befanden. Beim dritten Patienten ergab sich schon nach der zweiten Punction ein so geringes Exsudat, dass derselbe in den Süden geschickt werden konnte, wo er den Winter verbrachte. Nach seiner Rückkehr nahm das Lungenleiden jedoch einen acuten Verlauf und führte zum Tode.

In Betreff der Beschreibung des einfachen Apparates, welcher gleichzeitig mit der Punction des Ergusses die, nach Durchstreichen durch eine Carbollösung und eine, sterilisirte Watte enthaltende Glasröhre, von sämmtlichen Keimen befreite Luft in die Pleurahöhle einleitete, müssen wir auf das Original selbst verweisen. —x.

Stabsarzt Behring: Ueber den antiseptischen Werth des Creolins und Bemerkungen über die Giftwirkung antiseptischer Mittel. (Deutsche Militärärztliche Zeitschr. 1888. Heft 8).

Verfasser hat sich der Mühe unterzogen die antiseptische Wirkung des Creolins in solchen Fällen zu untersuchen, in denen dasselbe in einem eiweisshaltigen Medium zur Wirkung gelangt, da alle Angaben über die antiseptische Wirkung (Esmarch, Eisenberg) und zugleich über die Ungiftigkeit des Creolins (Fröbner) sich auf die Anwendung bei eiweissfreien Flüssigkeiten beziehen. Verf. kam zu diesem Entschluss, weil sich z. B. ergeben hat, dass die entwickelungshemmende Fähigkeit des Sublimats im Blutserum 40 Mal geringer ist als in Peptongelatine und in Bouillon, in welchen letzteren keine durch Hitze coagulirbaren Eiweisskörper vorhanden sind. Verf. fand bei Creolin, dass eine bemerkbare Entwickelungshemmung im Blutserum als Medium erst bei 1 : 400 eintrat, während sie in Bouillon schon bei 1 : 5000 bemerkbar war; Carbolsäure wirkte schon bei 1 : 850 und hob das Wachsthum auf bei 1 : 600. — Das Resultat der Untersuchungen war :

1) Das Creolin ist in eiweisshaltigen Flüssigkeiten, von dem Blutserum ähnlicher Zusammensetzung, ein minderwerthiges Antisepticum und etwa 3—4 Mal weniger leistungsfähig als Carbolsäure.

2) Zur Desinfection von inficirten Wunden, bezw. von Wundflüssigkeiten und Eiter erweist sich 2% wässerige Creolin-Emulsion als ganz ungenügend.

3) Creolin ruft bei Mäusen und Meerschweinchen, subcutan injicirt, charakteristische Giftwirkungen hervor; die tödliche Dosis ist etwa 4 Mal grösser als bei Carbolsäure.

4) Auf den antiseptischen Werth im Blutserum und Blut bezogen, ist für kleinere Thiere die relative Giftigkeit des Creolins, der Carbolsäure, des Sublimats etc. ungefähr gleich gross.

5) Für grössere Thiere ist es schwer, in kürzerer Zeit die tödtliche Creolin-Dosis subcutan beizubringen. Das Creolin wird schnell wieder ausgeschieden und kann bei vorübergehendem Gebrauch für grössere Thiere als ungiftig angesehen werden.

6) Bei fortgesetztem Gebrauch ist das Creolin auch für grössere Thiere und Menschen schädlich, und zwar durch seine Wirkung auf die Nieren; daher sind stets Harnuntersuchungen vorzunehmen.

7) Die Prüfung der entwickelungshemmenden und bacterientödtenden Fähigkeit eines Mittels, welches Anwendung in der Wundbehandlung finden soll, ist stets in einem eiweisshaltigen Nährsubstrat zu unternehmen. —i—

Willibald Theodor Levinstein: Die Therapie der Reconvalescenz nach Morphium- und Cocainentziehungen. (D. med. W. № 35. 1888).

Nachdem die Entziehung vollendet ist, plaidirt Verf. für noch 6—8-wöchentlichen Anstaltsaufenthalt unter den nöthigen Cautelen. Die weitere Reconvalescenz bei beginnender, womöglich spontan sich einleitender Thätigkeit soll unter Aufsicht der Ehefrau, eines guten Freundes, oder eines Arztes ausserhalb der Anstalt verlaufen. Die Dauer der Ueberwachung wird individuell verschieden sein, und soll *nicht unter einem Jahre* betragen. Max Schmidt.

E. Wagner: Zur Kenntniss der Pneumonie. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 42, Heft 5).

I. Die recidivirende Pneumonie. Recidivirende Pneumonien sind äusserst selten, unter 1100 Fällen innerhalb 10 Jahren beobachtete Verf. nur 3 Mal zweifellose Recidive. Die Rückfälle waren alle 3 Male von kurzer Dauer und endigten in Genesung. Die Schwierigkeit der Diagnose liegt einerseits darin, ob eine recidivirende Pneumonie wirklich eine primäre croupöse ist, andererseits in der Unentschiedenheit, von welchem Tage an nach der Entfieberung und Lösung des Infiltrates ein Recidiv, oder ein Wandern, oder eine stärkere Infiltration angenommen werden darf. Der erste Punct kann durch eine sorgsame Anamnese entschieden werden. Die meisten Zweifel hat der zweite Punct hervorgerufen, der theoretisch in der Weise zu entscheiden ist: «Wenn die Lunge nach einer gewöhnlichen croupösen Pneumonie eines oder mehrerer Lappen unter kritischer oder lytischer Entscheidung des Fiebers vollkommen normal geworden ist, der Kranke vollständig reconvalescent wurde und wenn jetzt, also etwa und mindestens 3 Tage bis mehrere Wochen nach der Entfieberung, eine neue Infiltration desselben, oder eines anderen Lappens mit allen charakteristischen Erscheinungen localer und allgemeiner Natur eintritt, so ist das Recidiv zweifellos».

II. Zur Casuistik der contagiösen Pneumonie. Vf., welcher schon früher über mehrere Beobachtungen von Pneumotyphus Mittheilung gemacht hatte, die Leute betrafen, welche in einer Handlung exotischer Thiere entweder dienten, oder darin eine kurze Zeit verkehrt, oder einen aus dieser Handlung gekauften und an Pneumonie verstorbenen Hund gepflegt hatten, berichtet über 3 weitere Fälle, welche wiederum Angestellte desselben Geschäftes betrafen. Verf. lässt es dahingestellt, ob diese Pneumonie ätiologisch unter die Kategorie der Gefängnisspneumonien oder Papageienpneumonien zu rechnen sei.

III. Traumatische oder ambulatorische Pneumonie (?). Der Fall betraf einen Arbeiter, welcher nach einem Sturz in die Tiefe und gleichzeitigem Trauma auf die Brust alsbald unter den Erscheinungen einer Pneumonie erkrankte und nach 3 Tagen verstarb. Die Section ergab keinen Anhalt für eine mit dem Trauma zusammenhängende Lungenblutung mit consecutiver Pneumonie, ebenso wenig liess sich entscheiden, ob eine traumatische oder eine ambulatorische Pneumonie vorlag. J. Taube (Moskau).

Albin Koetnitz: Ueber Peptonurie in der Schwangerschaft. (D. med. W. № 30. 1888).

In den verschiedensten Krankheiten hat man Peptonurie constatirt, bei allen spielte sich ein und derselbe Vorgang ab: Zerfall von Eiweisskörpern, Resorption der Zerfallproducte. Bei normaler Schwangerschaft hat Verf. keine Peptonurie finden können, wohl aber in einigen pathologischen Fällen. Das Material ist nicht gross, und daher legt Verf. sich in der Beurtheilung Reserve auf, doch gestattet das Material die Annahme, dass «Peptonurie in der Schwangerschaft nur bei dem Tode und bei der Maceration der Frucht aufzutreten, und für diesen Zustand charakteristisch zu sein scheint». Somit würde das Auftreten der Peptonurie ein sicheres Kennzeichen für den Tod der Frucht abgeben. Max Schmidt.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Grundriss der gynäkologischen Operationen von M. Hofmeier, Dr. med., ord. Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Giessen. Leipzig und Wien 1888. Franz Deuticke. Referirt von O. v. Grünewaldt.

(Schluss).

Operationen am Corpus uteri werden indicirt durch Zustände der Uterusschleimhaut oder der Uterussubstanz, und werden gemacht per vaginam oder per laparotomiam. Die in Folge von Schleimhauterkrankungen, Hypertrophie, Adenom, Carcinom nothwendigen operativen Eingriffe werden mittelst der Curette oder des scharfen Simon'schen Löffels ausgeführt, entweder um den betreffenden krankhaften Zustand radical zu heilen (Hyperplasien nach Aborten, Endometritis fungosa etc.), oder nur palliativ zu helfen bei malignen Wucherungen, oder 3) das mit zersetzten Massen besetzte Cavum für darauf folgende andere Operationen zu reinigen und vorzubereiten, oder endlich 4) um Material für die mikroskopische Diagnose zu gewinnen. Die nothwendigen Vorsichtsmaassregeln

beziehen sich auf Antisepsis und Vermeidung des Durchstossens der Curette durch die bisweilen sehr morsche Uterussubstanz.

Unter den Operationen zur Entfernung von Geschwülsten des Uterus von der Scheide aus kommen auch die Operationen der Cervixmyome zur Sprache, auch die seltener vorkommenden Sarcome, und zwar gestalten sich die betr. Operationen verschieden nach dem Sitz und der Form der Geschwülste, sowie nach der mehr oder weniger leichten Zugängigkeit durch die Cervix. Die dünn gestielten Polypen, wenn die Portio weit offen ist, sind leicht und gefahrlos zu operiren; sitzen die Geschwülste sehr breit auf, so ist mit Spaltung der Capsel an geeigneter Stelle und Enucleation der Geschwulst das Ziel oft noch relativ gefahrlos zu erreichen, während eine nicht verstrichene, geschlossene Portio eine breit aufsitzende Neubildung, oder eine solche, die zu gross ist, um per vaginam entfernt zu werden, zur Laparotomie nöthigen kann. Recht grosse Geschwülste, die passend gestielt und zugänglich sind, gestatten aber bei Anwendung der bekannten Methoden der Verkleinerung — durch Ausschneidung keilförmiger Stücke, durch das Allongement mittelst spiraliger Umschneidung noch häufig eine glückliche Operation per vaginam. Der Verfasser behandelt die Eventualitäten der Operation durch die Vagina oder der Laparomyomotomie in klarer und fesselnder Weise. Die letztere Operation in der heutigen Gestalt ist eine Originalschöpfung Schröder's, und erregt bis heute das lebhafteste Interesse der Fachgenossen, weil die ganze Frage der Myomoperationen im gegebenen Falle ausserordentlich schwer zu entscheiden sein kann. Sie ist bis jetzt diejenige Operation der Gynäkologen, welche trotz aller Vervollkommnungen der Technik und Antisepsis die grössten Verlustlisten aufweist, andererseits einer entschiedenen und klaren Indicationsstellung grosse Schwierigkeiten entgegensetzt, und daher der individuellen Auffassung des einzelnen Falles weiten Spielraum lässt. Bei der Frage, ob Myomotomie auszuführen ist oder nicht, handelt es sich meist nicht, wie bei Ovariotomie, um einen Zustand, der mit der Zeit zum Tode führen muss; es kommen die äusseren Lebensverhältnisse der Pat. in Betracht, ebenso die anerkannt grosse Lebensgefährlichkeit der Operation unter gewissen Verhältnissen, und die noch immer brennende Frage der intra- oder extraperitonealen Stumpfbehandlung.

Schröder hat mehr als irgend ein anderer in That und Wort für die Entwickelung der ersteren Methode gethan, und seine Schule steht ganz auf seinem Standpunct; sie kann es mit gutem Recht, indem sie sich auf die mit dieser Methode erreichten guten Resultate stützt. Aber auch Hegar, Kaltenbach, Breisky u. A. m. haben mit der extraperitonealen Fixirung des Stumpfes gute Resultate aufzuweisen. Bekannt genug sind die einzelnen Acte der Operation, ebenso das Anwachsen der Gefahr mit der Grösse des Tumors, mehr noch mit der Nothwendigkeit der Eröffnung der Uterinhöhle. Hofmeier zieht mit Recht das Anlegen eines genügend langen Bauchschnittes den von Péan befürworteten Methoden der Verkleinerung des Tumors (morcellement) vor; wo die Wahrscheinlichkeit der Eröffnung der Uterinhöhle vorliegt, ist peinlichste Desinfection der Scheide und Ausfüllung derselben mit Jodoformmarly erforderlich. Ligatur der Ligamenta lata und rotunda, der Tuben mittelst der jetzt allgemein angenommenen Anlegung der starken Gummiligatur unterhalb der Amputationsstelle. Die Schwierigkeit dieses Operationsactes in vielen Fällen, besonders wo die Geschwulst im Beckenzellgewebe liegt, ist jedem Operateur bekannt und von H. genügend berücksichtigt. Die Sicherung der zuführenden Gefässe, die Unterbindung durchschnittener Arterienäste und endlich die geniale Schröder'sche Vernähung des keilförmig ausgeschnittenen Stumpfes mit der Etagennaht sind sehr klar beschrieben. Auch hier kam in der letzten Zeit die fortlaufende Naht mit Catgut zur Verwendung und sie hat sich unter Zuhülfenahme einzelner Seidennähte behufs sichereren Haltes gut bewährt. Diese so angelegt, dass sie die Catgutnähte nicht treffen, werden erst später als jene geknotet; endlich kommt über alle diese Nähte eine fortlaufende Catgutnaht, welche das Peritoneum über dem Stumpfe vereinigt, so dass der Stumpf unter dem Bauchfell, also extraperitoneal liegt. Um eine Infection von Seiten der eröffneten Uterinhöhle zu vermeiden, schlägt Hofmeier vor, den Amputationsschnitt bis in die nächste Nähe des Cervicalcanales resp. des Uterincavums zu führen und dann dieses mit dem glühenden Platinamesser zu eröffnen. Auf solche Weise werden alle Infectionskeime zerstört. Die geglühte Stelle aber, die keine Verklebung geben würde, wird wieder ausgeschnitten und mit einem kräftigen Desinficiens betupft, bevor sie vernäht wird. Versenkung des Stumpfes, Vernähung der Bauchwunde. Die mannigfachen Möglichkeiten, welche bei der Myomotomie vorkommen können, finden eine erschöpfende Berücksichtigung. Unvermeidlich ist bei tiefem Sitz der Geschwulst Zerfetzung und Blosslegung des blutreichen Zellgewebes, welches der Infection besonders zugänglich ist. Martin drainirt dann nach der Scheide und übernäht die wunde Stelle mit Peritoneum, indem er auf diese Weise die Peritonealhöhle vor dem Eindringen von Infectionskeimen schützt.

Gegen die Enucleation von grossen Fibromen von der Bauchhöhle aus mit Vernähung des Geschwulstbettes, wie sie von Martin vorgeschlagen und ausgeübt ist, spricht sich der Verf. aus, weil Myome meistentheils sich multipel vorfinden, und es wegen der Unmöglichkeit, alle etwa vorhandenen kleinen Myome zu entdecken und zu enucleiren, sicherer ist, die supravaginale Amputation auszuführen, welche kaum gefährlicher ist, als ein oft recht grosser Gewebsdefect, wie er bei einer solchen Enucleation nothwendig wird. Die Myomotomie mit extraperitonealer Stielbehandlung nach Hegar schildert der Autor nach der Originalbeschreibung des gen. Autors und bespricht die Myomotomie am schwangeren Uterus, die meist identisch ist mit der Porro-Operation. Wo anstatt dieser eine Enucleation ausgeführt wurde, ist unter 9 Fällen die Schwangerschaft fünf Mal glücklich zum Ende gekommen und 3 Mal starben die Operirten. Die Nachbehandlung nach der Schröder'schen Methode ist einfach, weniger aber nach der extraperitonealen Stumpfversorgung, wenngleich auch hier die Benutzung des Jodoform oder des Tannin-Salicyl gestattet, den ersten Verband 8—10 Tage liegen zu lassen.

Die Prognose der Operation ist immer noch eine nicht glänzende, wengleich sie jetzt viel besser ist, als früher. Das Aufstellen einer Statistik ist sehr misslich, — weil die Operationen auch eines und desselben Operateurs aus früherer Zeit nicht mit denen der letzten Zeit gleichen Werth für die Berechnung haben können. 355 Operationen mit intraperitonealer Stumpfbehandlung verschiedener Autoren ergaben 89 Todesfälle 25%, während 110 Operationen mit extraperitonealer Stumpfbehandlung 16 Todesfälle 14% aufwiesen; trotzdem ist ein Parallelisiren dieser Zahlenreihen nicht ohne Weiteres statthaft, und Hofmeier ist der Ueberzeugung, die Viele mit ihm theilen, dass das Versenken des Stumpfes zukünftig die Regel sein wird. Vorläufig scheint mir, dass die Fälle individualisirt werden müssen, und dass dasselbe Verfahren nicht ausnahmslos für jeden Fall als nothwendig angesehen werden darf.

Die supravaginale Amputation des Uterus wegen anderweitiger Erkrankungen — meist wohl maligner Natur — wird seit der Einführung der vaginalen Totalexstirpation wohl jetzt noch selten geübt werden, und zwar nur in solchen Fällen, wo die letztere Operation wegen der Grösse des erkrankten Organes nicht ausführbar ist. Schröder hat diese Operation 25 Mal ausgeführt, Hofmeier 3 Mal; 50% dieser Operirten sind gestorben; da es sich fast allemal um maligne Erkrankungen handelte, ist dieses Resultat nicht als besonders ungünstig zu bezeichnen. Zwei Fälle nicht maligner Erkrankung von Schröder resp. Schulz operirt, ergaben ein vollkommen günstiges Resultat.

Die Abtragung des invertirten Uterus, wenn die Reduction durch genügend lange Tamponade mit Jodoformmarly nicht gelingen sollte, müsste jetzt auch nach der Methode der vaginalen Exstirpation ausgeführt werden; sie ist auf blutigem Wege von Kaltenbach nach Anlegung einer Gummiligatur, von Schülein nach Durchführung von Seidenschlingen durch die Ränder der Cervix und durch den oberen Theil des Uterus, die nachher geknotet wurden, mit gutem Erfolge gemacht worden.

Die Exstirpation des Uterus wird nur noch ausnahmsweise von der Bauchhöhle aus gemacht, weil die Freund'sche Operation erschreckend grosse Sterblichkeitsprocente ergeben hat. Rydygier hat die Schwierigkeiten dieser Methode dadurch erheblich vermindert, dass er als Vorbereitung per vaginam die Cervix möglichst hoch auslöste und dann daran die letzten Acte der Auslösung von der Bauchhöhle anschloss. Dennoch waren die Resultate schlecht, und es wird nach Freund-Rydygier nur in den Fällen operirt werden dürfen, in welchen die Grösse des zu entfernenden Organes eine Herausbeförderung desselben durch die Scheide unmöglich macht. Hierbei muss bemerkt werden, dass Schröder, Hofmeier u. A. Uteri von Kindskopfgrösse noch glücklich per vaginam entfernt haben. Die vaginale Uterusexstirpation ist in die Gynäkologie seit 1879 von Czerny, Billroth, Schede und Schröder eingebürgert und seitdem bereits wohl in mehr als 1000 Fällen von verschiedenen Operateuren ausgeführt. Mit der Vervollkommnung ihrer Technik und Antisepsis haben manche Operateure schon Reihen von 17 und 19 Exstirpationen ohne einen Todesfall ausgeführt, und unter 336 von Hofmeier zusammengestellten Fällen der letzten Zeit finden sich nur 37 = 11% Todesfälle in Folge der Operation. Das Procent der Dauererfolge stellt sich natürlich anders, da es sich, wenig Ausnahmen abgerechnet, immer um Carcinom handelt. Die Indicationen werden sicher eine Erweiterung noch auf andere Erkrankungen finden, da die Gefahren der Operation schon relativ recht gering geworden sind. Hofmeier fasst dieselben dahin zusammen, dass der Eingriff erforderlich ist, «wenn durch denselben direct lebensgefährliche oder das Leben in hohem Grade beeinträchtigende Zustände endgiltig beseitigt werden, deren Beseitigung nur durch eine Entfernung des Uterus zu erreichen ist». Andererseits aber tritt H. bekanntlich für nur partielle Beseitigung des Organes bei Fällen von Collumcarcinom ein, wo eine Abtragung genügend weit von dem erkrankten Gewebe ausführbar ist.

Erforderlich ist genaue Diagnose der Verbreitung der Degeneration auf das Beckenzellgewebe, wozu Exploration per rectum in der Narkose empfohlen wird. Wie allgemein angenommen, ist krebsige Infiltration des Zellgewebes eine Contraindication, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass nicht jede Infiltration, die erkannt wird, carcinomatös zu sein braucht. Perlschnurartige Verdickungen der Lymphgefässe sprechen für Krebs. Zu den Vorbereitungen zur Operation gehört u. A. Spaltung des Dammes dort, wo die Scheide zu eng ist, sorgfältige Desinfection der zerfallenden Ulceration, möglichste Freilegung des Operationsfeldes mit Seitenhebeln. Für die Unterbindung der Gefäss- und Zellgewebspartien wird die Dechamps'sche Nadel empfohlen; die Schnitte werden zuerst im vorderen

Scheidengewölbe geführt, es sei denn dieser zu brüchig und angefressen; in diesem Falle beginnt die Operation an der hinteren Wand. Die Umstülpung des Uterus, wie sie anfangs principiell von Schröder geübt wurde, ist später von ihm nicht mehr ausgeführt. Die spiralförmige Auslösung des Uterus wird nicht erwähnt, wohl aber ein schablonenmässiges Verfahren perhorrescirt. Der Defect im Scheidengewölbe wird so vernäht, dass die Bauchhöhle geschlossen, das Zellgewebe aber offen gelassen wird, in welches die abgeschnürten Stümpfe der Ligamenta und Tuben hineingeführt werden. Jodoformtampon für 8—10 Tage; am 12.—14. Tage stehen die Kranken auf. Die Sicherung der durchschnittenen Gefässe mit Klammern nach Richelot verwirft Verf. nicht.

Für die Dauerheilung ist mehr als die Operationsmethode maassgebend der Charakter der Neubildung, ein allgemein anerkannter Satz, und instructiv, dass Schröder nach der hohen Amputatio supravaginalis colli nach 3 Jahren 42% recidivlose Kranke hatte, nach 4 Jahren 41,3%.

Operationen wegen Lageveränderung des Uterus, die Ventrofixatio uteri nach Olshausen und die Alexander-sche Operation, Verkürzung der Ligg. rotunda sind nur academisch besprochen, und bei der ersteren hervorgehoben, dass eine Laparotomie nur selten wegen Lageanomalie der Gebärmutter berechtigt sein dürfte, — bei letzterer auf die Schwierigkeit aufmerksam gemacht, im Leistencanal die Ligg. aufzufinden, sowie auf die Unsicherheit des Erfolges.

Operationen an den Tuben, Salpingotomie, werden ausgeführt wegen 1) eitrigen Catarrhes mit recidivirenden Perimetritiden, 2) Flüssigkeitsansammlungen, — Hydrosalpinx und Pyosalpinx, — 3) Tubenschwangerschaft, 4) Tuberculose der Tuben und 5) primäre Geschwülste der Tuben. Da nach Entfernung der Tuben die Anwesenheit der Ovarien überflüssig, wo nicht gefährlich ist, werden diese stets mit zu entfernen sein, umsomehr, als diese Organe überwiegend häufig bei Erkrankungen der Tuben ebenfalls erkrankt gefunden werden. Die Diagnose der betr. Zustände ist meist eine recht schwierige und ohne Narkose kaum zu stellende; die Salpingotomie aber stets, wo sie auf mit chronischer Perimetritis complicirte Zustände trifft, eine recht gefährliche Operation. Die Auslösung des dünnwandigen mit infectiösem Inhalt gefüllten Organes aus festen Adhäsionen und aus den Tiefen des kleinen Beckens, meist bei straffen Bauchdecken nulliparer Frauen, eine gefahrvolle und mühsame Aufgabe. Nichtsdestoweniger betrug die Mortalität unter 161 Fällen verschiedener Operationen nur 21 = 13,7%. Am leichtesten ist die Operation bei rechtzeitig erkannter Tubenschwangerschaft, weil dort der Tubensack frei in der Bauchhöhle liegt. Die Aufgabe der Operation besteht darin, die Tuben möglichst vollständig zu exstirpiren, und wo das nicht gelingt, sie nach aussen oder in die Vagina zu drainiren. Meist handelt es sich um die Eröffnung der Bauchhöhle, um Auslösung der zuvor unterbundenen Säcke; seltener kommt es zur Eröffnung des Sackes nach der Scheide und Drainage, — dann ist es eben keine Salpingotomie. Die Dauererfolge dieser Operation sind nicht sicher, namentlich in den mit Perimetritis complicirten Fällen.

Operationen an den Ovarien sind Ovariotomie oder Castration oder Exstirpation dislocirter Ovarien. Die erstere Operation wird ausschliesslich indicirt durch Neubildung des Organes und betrifft ausnahmsweise beide Organe; für die Castration gilt das Umgekehrte, sie betrifft immer beide Ovarien; dieselben brauchen nicht nothwendig erkrankt zu sein.

Die Ovariotomie bildete vor etwa 2 Decennien und mehr den Brennpunct des gynäkologischen Interesses und hat den Weg gebahnt zu all' den Operationen, bei welchen die Bauchhöhle eröffnet wird. Die Literatur der Ovariotomie ist eine sehr reiche und eine sehr durchgearbeitete, die Indicationen, die Technik, Prognose der Operation sind so weit festgestellt, dass über principielle Fragen kaum eine Discussion möglich ist. Der betr. Abschnitt des Hofmeier'schen Buches kann daher keine wesentlich neuen Gesichtspuncte bringen, — er ist nichtsdestoweniger fesselnd und instructiv. Die mannigfachen verschiedenen Arten von Tumoren, welche vorkommen können, die Varietäten ihrer Lagerung zu den anderen Beckenorganen, die Art ihrer Ernährung und Entwickelung, ihrer Stielbildung, der Adhäsionen, Torsionen des Stieles — die Symptomatologie und Diagnose werden präcis und verständlich dargelegt. Die Untersuchung nach Hegar ist genügend gewürdigt. Der Autor tritt warm für möglichst frühzeitige Ovariotomie ein: die so häufig eintretende bösartige Degeneration der Ovariengeschwülste ist ein starkes Motiv für frühes Operiren, — ferner die Wahrscheinlichkeit entzündlicher Complicationen bei längerem Bestande, die dann die Schwierigkeiten der Operation erhöhen. Da die Gefahr derselben in geradem Verhältniss zu den technischen Schwierigkeiten, die ihre Ausführung erschweren, wächst, ist frühzeitiges Operiren geboten. Selbst die erkannte Malignität eines Ovarientumors braucht die Ovariotomie nicht zu contraindiciren, da in vielen Fällen selbst noch relativ gute Resultate erreicht werden können. Die Operation bei bestehender Gravidität hat sehr gute Resultate ergeben. Die Technik und Antisepsis, das Instrumentarium, die Narkose werden in einer den heutigen Anschauungen ganz entsprechenden Weise abgehandelt, und mancher praktische Wink gegeben für verschiedene Vorkommnisse, wie sie während der Operation uns aufstossen können. H. braucht zur Entleerung der Cysten den Troicart, oder er eröffnet sie durch Einschnitt. Das Verfahren bei subserösem Sitz der Geschwulst bei den verschiedensten Adhäsionen, unter denen bekanntlich die mit dem Uterus, den Därmen und dem Beckenboden die unbequemsten sind, bei Blutungen aus Adhäsionsflächen wird eingehend berücksichtigt; ebenso die verschiedenen Arten der Blutstillungsnähte, welche noch in sehr schwierigen Verhältnissen Hülfe bringen. Zur Anlegung der Stielligatur, die fast immer eine durchstochene sein muss — Déchamps-sche Nadel. Die Drainage hat Schröder nur sehr selten gebraucht, und die Fälle, in welchen sie nothwendig werden kann, werden speciell besprochen. Die Unvollendbarkeit der Operation darf bei unseren heutigen diagnostischen Hülfsmitteln nur noch selten vorkommen und für solche Fälle wird nach Schröder's Vorgange das Einnähen der Cystenwände in die Bauchwunde empfohlen. Der 3. Act der Operation ist die Abtragung und Stielversorgung, — derselbe wird stets mit gedrehter englischer Seide unterbunden und dann versenkt; im Nothfall werden Theilligaturen angelegt. Auf der Abtragungsfläche hat Schröder stets die Hauptgefässe gefasst und unterbunden. Zum Einschnüren des Stieles dient oft die Sp. Wells'sche Klammer oder die Gummiligatur. Die Verschorfung des Stieles mit dem Thermocauter kommt ausnahmsweise zur Anwendung, d. i. dort, wo Grund vorhanden ist Infection von dem Stiel ausgehend zu befürchten. Für den 4. Act, die Toilette der Bauchhöhle, werden am liebsten weiche Schwämme und indifferente Flüssigkeiten, sterilisirtes Wasser, gebraucht. Schluss der Bauchwunde mit Knopfnähten von engl. Seide durch Bauchwand und Peritoneum. Wo nicht besondere Gründe einen Compressivverband fordern, wird nur ein leichter Jodoformmarlyverband aufgelegt. Nachbehandlung sehr einfach und abwartend. Aufstehen der Pat. am 14.—15. Tage; später Bauchbinde.

Der ganze Abschnitt ist reich an instructivem Detail und durch einzelne casuistische Mittheilungen erläutert.

Interessant sind die Zahlen, die die Prognose der Ovariotomie erläutern; es sind 3466 Ovariotomien von 7 verschiedenen Operateuren herangezogen, unter denen Tait die kleinste Mortalität hatte mit 8,2%; nach ihm Olshausen mit 9,2%; Schröder hatte 12,5% Verluste, — bei einer unverhältnissmässig grossen Zahl schwerer und complicirter Operationen; die stärkste Mortalität hatten S. Wells (23,2%) und Köberle (24,5%). Diese zwei Operateure haben ersterer den grössten Theil seiner Fälle, letzterer, soviel dem Ref. bekannt, alle ohne Anwendung antiseptischer Maassregeln operirt, — dasselbe gilt aber auch von Tait, der numerisch die besten Resultate aufweist. Ueber die Prognose spricht sich der Autor dahin aus, dass, «abgesehen von besonderen Zufällen und bösartigen Erkrankungen mit dem guten Ablauf der Ovariotomie die Kranken von einem grossen, gefährlichen Leiden endgültig befreit sind, dass die Operation, je früher sie ausgeführt wird, um so günstigere Chancen giebt, und dass eine einfache Ovariotomie keinen schweren Eingriff mehr vorstellt».

Die Castration bildet ein um so interessanteres Capitel, als viele dahin gehörige Fragen noch controvers sind und Schröder's Anschauungen nicht überall mit denen Hegar's übereinstimmen. Die Castration ist die Entfernung der Ovarien, — die dabei gesund sein können, zu dem Zweck durch den Fortfall der Ovulation und Menstruation directe und indirecte Heileffecte hervorzubringen. Hegar nennt die Castration die Exstirpation gesunder oder kranker, jedoch nicht zu umfänglichen Tumoren entarteter Eierstöcke. Hegar hat 132 Mal die Operation ausgeführt, während Schröder bei seinem vielleicht noch grösserem Materiale in etwa derselben Zeit nur 25 Frauen castrirte. Es ist sehr begreiflich, dass bei einer solchen Divergenz der Anschauungen die Frage der Castration das Interesse der Gynäkologen in hohem Grade erregt. Die Indicationen zu dieser Operation fasst H. zusammen wie folgt:

1) Missbildungen oder erworbene Erkrankungen des Uterus, bei denen eine Menstruation oder Conception unmöglich ist, während durch die normal vor sich gehende Ovulation heftige Beschwerden unterhalten werden.

2) Pathologische, mit heftigen Blutungen einhergehende Zustände des Uterus, welche nachgewiesener Maassen mit der Thätigkeit der Ovarien in Zusammenhang stehen.

3) Oophoritische und perioophoritische Processe, welche durch die Thätigkeit der Ovarien andauernd verschlimmert und unterhalten werden.

4) Schwere Neurosen, welche sich, soweit nachweislich, an den Ovulationsprocess anschliessen oder von ihm abhängen. In allen betr. Fällen wird neben der vorliegenden Indication, welche nur sub 1) nicht streitig sein kann, noch die Frage der technischen Ausführbarkeit ernst zu erwägen sein. Die Operation kann bei freiliegenden Eierstöcken eine leichte sein, sie kann aber bei vorhergegangenen Entzündungsprocessen, von denen ja auch die Myome nicht selten begleitet sind, sowie bei chronischer Perioophoritis bis zur Unausführbarkeit schwierig werden. Wo es sich um Sistirung von Uterinblutungen handelt, müsste schon die einfache Unterbindung der A. spermatica die Blutzufuhr so weit beschränken können, dass dadurch der erstrebte Heilzweck erreicht würde. Bis jetzt ist es beim Vorschlage geblieben. Meist wird die Frage so gestellt werden müssen: Myomotomie oder Castration, und die Entscheidung im gegebenen Fall recht schwierig sein. Unzweifelhaft spielen die functionirenden Eierstöcke eine grosse Rolle bei dem Auftreten der Metrorrhagien und die Mehrzahl der castrirten Frauen wird von ihren Blutungen befreit. Sehr grosse fibrocystische Ge-

schwülste, grosse Cervixmyome, solche Tumoren, die breit im Beckenbindegewebe sitzen, scheinen durch die Castration nicht beeinflusst zu werden.

Am meisten Schwierigkeiten bietet die sub 4 genannte Indication, und es liegen viele Beobachtungen vor, in denen die unter solchen Umständen gemachte Operation erfolglos geblieben ist; bei nicht nachweislich kranken Ovarien die Castration behufs Heilung nervöser Beschwerden auszuführen ist ein Entschluss, der nicht reiflich genug erwogen werden kann.

Für die technischen Schwierigkeiten der Operation gilt dasselbe, was bei der Salpingotomie gesagt worden ist. Der Operationsraum ist eng, die Därme erschweren das Aufsuchen und Vorziehen der Eierstöcke oft in erheblicher Weise. Das über einem Fibrom entfaltete Mesoovarium ist sehr schwierig zu unterbinden; jedenfalls hat die Unterbindung so nahe wie möglich zum Uterus zu geschehen, und ist der Stiel mit der stumpfen Nadel zu durchbohren und dann die Ligatur nach zwei Seiten herumzuführen. Die Gefahr einer Infection durch Tubeninhalt vorzubeugen, sucht man zuvorzukommen, indem man den Stiel mit dem Thermocauter durchschneidet. Von den Exsudatresten an den Schnürstücken können noch später Reizzustände ausgehen, — auch kann es vorkommen, dass Reste des Ovarium zurückbleiben. 459 Castrationen von verschiedenen Operateuren ausgeführt ergaben 42 = 9,1% Todesfälle; 149 wegen Myomen gemachte 15 = 10%. Die Prognose quoad vitam stellt sich daher noch besser als die bei Ovariotomien; in wie weit aber der Heileffect erreicht wurde, ist nicht ersichtlich und dürfte dieser den Vergleich mit der Ovariotomie nicht aushalten. Für die Prognose der Convalescenz muss auch das Vorkommen von Thrombosen in Betracht gezogen werden, sowie die oft hochgradig entwickelten Beschwerden, die mit dem Klimax verbunden sind.

Die Entfernung der Ovarien wegen Lageveränderung geschieht per vaginam aus dem Douglas oder als Herniotomie aus dem Leistencanal resp. aus dem Canalis cruralis. Die betr. Zustände sind meist angeboren.

Operationen bei Erkrankungen der den Uterus begrenzenden Gewebe und Organe. Die Exsudate und Hämatome sind entweder intra- oder extraperitoneale, die ersteren gravitiren nach dem Douglas, die letzteren liegen seitlich im Zellgewebe, und bei ihrem Vorhandensein muss vor allem entschieden werden, ob sie nicht ohne operirt zu werden sich resorbiren können. Wenn aber Eiteransammlungen sich bis nahe an die Oberfläche drängen, oder aber tief liegend durch ihre Folgeerscheinungen, namentlich Fieber, Gefahr drohen, so müssen sie operirt werden. Sie werden breit gespalten, oder man arbeitet sich stumpf bis zum Abscess vor, wo dieser tief liegt, und schafft dann dem Eiter durch breite Eröffnung Abfluss. Wo das durch die Bauchdecken geschieht, ist es oft möglich, das Peritoneum so weit zurückzuschieben, dass die Operation extraperitoneal geschieht; Ausspülung, Drainage, — und zwar mit Jodoformgaze. Complicirt bis zur Unausführbarkeit kann die Operation werden, wo Beckenabscesse tief liegend sich mit feinen Fistelgängen in die Nachbarorgane, Blase, Mastdarm, einen Weg gemacht haben. Die Eröffnung von Hämatomen im Beckenbindegewebe wurde von Vielen perhorrescirt; die Gefahr starker Blutungen aus dem eröffneten Sack, das häufige Vorkommniss, dass colossale Hämatomgeschwülste sich vollkommen resorbiren, motiviren diese Auffassung. In neuerer Zeit befürworten einige Autoren die operative Behandlung, die in einer Spaltung der Geschwulst, Ausräumung der Capseln, Auswaschung und Tamponade der Höhle besteht. Martin und Gusserow namentlich haben auf diesem Wege Heilungen erzielt, aber auch Verluste erlebt.

Operationen bei Neubildungen im Beckenbindegewebe, am Lig. rot. und bei Echinokokken. Diese Neubildungen sind meist Cysten der Parovarien oder Fibrome, — die Echinokokken in diesen Geweben sind selten und als solche vor der Eröffnung nicht oft zu diagnosticiren. Die Parovarialcysten sind wie subseröş entwickelte Ovarialcysten herauszuschälen, wenn sie nicht frei in die Bauchhöhle hineinragen und sich stielen lassen. Das Ausschälen der Fibrome geschieht nach denselben Regeln, es ist aber eine sehr mühsame, sehr blutige und gefährliche Operation.

Echinokokkensäcke, — wenn sie diagnosticirt sind, müssten von der Scheide aus gespalten und durch Tamponade resp. Drainage zur Verödung gebracht werden.

Operationen bei Extrauterinschwangerschaft. Nur selten ist es dem Operateur gegönnt, den Zeitpunct für diese Operationen zu wählen; — am glücklichsten gestaltet sich die Sachlage wenn eine früh erkannte Tubenschwangerschaft mittelst Exstirpation des nicht geborstenen Sackes geheilt werden kann. Auch nach der Berstung des Tubensackes ist noch mit Erfolg operirt worden. Für die späteren Monate liegt die Frage vor, ob man bei noch lebendem Kinde operiren, oder nach Werth's Rath dasselbe absterben lassen und dann den weiteren Verlauf abwarten soll. Die Gefahr der Operation wird durch die Blutung bedingt, welche nach dem Absterben der Frucht durch Thrombosirung der Gefässe der Placenta weniger drohend wird. Dann aber können Entzündungs- und Zersetzungsvorgänge zur Operation drängen, — die aber natürlich die Chancen der Operation verschlechtern.

Die Operation selbst schliesst sich in ihren Eigenthümlichkeiten der Technik der Operation subseröser Ovarientumoren an. Entleerung des Sackes, wo möglich Exstirpation desselben, — wo das nicht geht, Vernähung des Sackes mit der Bauchwunde und feste Tamponade der Höhle. Schröder vernähte den Sack mit der Bauchwunde, bevor er ihn eröffnete und entleerte. Die Placenta wird darin gelassen und der Sack mit Salicylsäure oder Natr. benzoic. (Werth) ausgepulvert. Die Placenta wird dann allmälig ausgestossen, — die Jauchung kann sehr beträchlich sein, und bis zur Heilung ist eine sehr lange Zeit erforderlich.

Die Mortalität nach dieser Operation betrug für 53 Fälle nach Werth 37,7%, nach einer früheren Litzmann'schen Zusammenstellung 42,4%. Schröder verlor von 14 Fällen 7, unter denen aber 4 richtige «Verzweiflungsfälle» waren.

Operationen bei Erkrankungen des ganzen Bauchfelles.

Bei infectiöser allgemeiner Peritonitis ist von einzelnen Operateuren (Lawson Tait) die Laparotomie gemacht worden behufs Auswaschung und Drainage der Bauchhöhle. Das Verfahren hat in Deutschland wenig Nachahmung gefunden: die Infection betrifft in den meisten Fällen dieser Art schon die ganze Säftemasse, — und die Anwendung starker desinficirender Auswaschungen der Bauchhöhle bis zu vollkommener Reinigung derselben ist aus naheliegenden Gründen unthunlich. Nur in den Formen von Peritonitis, die zu Abkapselungen geführt haben, kann die Operation mit Erfolg gemacht werden. Das Verfahren ist dann dem bei der Eröffnung tiefliegender Bauchhöhlenabscesse analog. Die tuberculöse Peritonitis ist bereits mehrfach mit gutem Erfolge mit Entleerung des Ascites durch den Laparotomieschnitt behandelt worden.

Operationen an der Blase werden ausgeführt als allmälige Erweiterung der Harnröhre behufs Einführung des Fingers oder von Instrumenten, sowohl zu diagnostischen Zwecken, als auch um Fremdkörper aus der Blase zu entfernen, oder als Kolpocystotomie. Diese findet ihre Anzeige ebenfalls zur Entfernung von Fremdkörpern, — dann zur Operation von Geschwülsten in der Blase oder zur Heilung in dieses Organ durchgebrochener Abscesse, — oder endlich, um durch künstliche Blasenscheidenfisteln hartnäckige Cystitiden zur Heilung zu bringen, die durch Tenesmen unerträglich werden.

Bericht über die Sitzungen der russischen medicinischen Gesellschaften St. Petersburgs.

I. Gesellschaft der russischen Aerzte.

Sitzung den 14. April.

1. Dr. Iwanow: «2 Fälle acuter Myelitis spinalis ascendens» (Paralysis Landry). Beobachtungen aus dem Obuchow-Hospital. Mikroskopische Untersuchung der bei der Section erhaltenen Präparate (cf. St. Pet. med. Wochenschr. № 46).

2. Dr. Salischtschew: «Ueber Sectio lateralis in anatomisch-chirurgischer Beziehung». Ref. hat an 40 Leichen die Operation lege artis ausgeführt (jedoch ohne einen Stein durch die Wunde zu extrahiren), und dann die anatomischen Verhältnisse studirt. Dabei kam er zu folgenden Schlüssen: a) Beim 1. Act der Operation, d. h. Durchschneidung des Perineum bis zum membranösen Theil der Urethra, muss der Schnitt möglichst nahe am vorderen Rande des Anus beginnen, um den Bulbus urethrae zu schonen. b) Der so gelegte Schnitt ist nicht zu der Medianlinie zu führen, sondern zur inneren Fläche des Tuber ischii, wodurch die Art. pudenda int. leicht zu schonen. c) Bei Eröffnung der Pars membranacea muss die Leitsonde zur Symphyse gekehrt sein, um Vorwölbung des Perineum zu vermeiden. d) Bei Durchtrennung des Blasenhalses muss der Schnitt durch die Prostata ebenfalls die Richtung zum Tuber ischii haben, also schräg fallen, um die Ducti ejaculatorii und das Rectum zu schonen. e) Selbst bei kleinen Durchtrennungen der Prostata (nicht längerer Schnitt als 24 Mm.) wird bereits die Capsel derselben verletzt. — An Lebenden hat S. seine Methode noch nicht versuchen können.

Discussion. Dr. Trojanow spricht sich entschieden gegen die Sectio lateralis aus, während Dr. Ratimow sie in gewissem Grade zu vertheidigen sucht.

3. Dr. Potozki: «Ueber 1 Fall von Resection eines mortificirten Darmstückes in Folge incarcerirter Cruralhernie». (Aus dem weibl. Obuchowhospital). Es handelte sich um eine seit 6 Tagen eingeklemmte Hernie bei einer Frau (wie alt?); Operation am 14. Febr. Am 26. März die Wunde verheilt. Verlauf günstig.

1. Dr. Stoll demonstrirt seinen Rychanotrepan (bereits auf dem I. Congress russ. Aerzte gezeigt), den er gegenwärtig vervollkommnet hat.

Sitzung den 5. Mai.

1. Prof. A. Polotebnow: «Ueber die von Dr. Tekutjew in P.'s Klinik angestellten Versuche mit Lakiren der Haut gesunder Menschen». (Unterdessen ist die Arbeit T's als Dissertation erschienen und wird referirt werden). Das Hauptergebniss ist, dass die Menschenhaut ohne schlimme Folgen lakirt werden kann.

2. Dr. Fedorow: «Ueber das Klima und die Gegend des Klosters Ssolowezk».

3. Dr. Trojanow: «Ein Fall von Resection einer abgestorbenen Darmschlinge in Folge eingeklemmten Bruches». Ein 45jähriger Patient, welcher seit c. 30 Jahren eine doppelseitige Inguinalhernie hat. Seit 5 Tagen Einklemmung. Resection. Günstiger Verlauf. Ferner zeigt T. noch 3 Patienten, an welchen er mit Erfolg die Herniotomie mit nachfolgender Vernähung der Bruchpforte nach Barker vorgenommen.

4. Magister Ignatjew: «Ueber die Aphten-Krankheit (ящурная болѣзнь) an Thieren und die Möglichkeit ihrer Uebertragung auf Menschen in Folge von Benutzung des Fleisches und der Milch derartig kranker Thiere.

5. Dr. Kirejew: «3 Fälle totaler vaginaler Exstirpation wegen Uterus-Carcinom». In allen 3 Fällen Genesung, aber in einem Fall bereits nach 2 Monaten ein Recidiv. Bezüglich der beiden Anderen sind bisher 7 resp. $3\frac{1}{2}$ Monate ohne Recidiv vergangen. K. spricht sich für frühzeitiges Operiren aus.

II. St. Petersburger medicinische Gesellschaft.

Sitzung den 5. April.

1. Dr. Turner stellt einen mit Erfolg wegen collossaler Scrotalhernie operirten Pat. vor.

3. Dr. Graebner hält einen Vortag «über Ernährung der Säuglinge mit sterilisirten Surrogaten der Muttermilch» (Cf. St. Pbg. med. Wochen°. № 33 und 34).

2. Dr. Turner zeigt einen durch *Sectio alta* bei einem 32jährigen Mann entfernten Stein von 10 Unzen Gewicht. Tod nach 26 Tagen. Die Section ergab doppelseitige eitrige-cystöse Nephritis.

Sitzung den 19. April.

1) Dr. Shirmundski: «Ueber die Resultate der Untersuchung der Gehörorgane von Schulkindern in den städtischen Elementarschulen». Im Ganzen wurden 3749 Gehörorgane untersucht, wobei sich bei 16,7 % Verminderung des Gehörs für die Flüsterstimme und bei 13,17 % durch den Hörmesser nachgewiesene Verminderung des Gehörs herausstellte.

Von 2221 untersuchten Kindern fand man bei 388 (17,4%) Ohrenleiden. Bei 548 fanden sich Schwellungen der Schleimhaut der Nasenmuscheln. Bei 115 Kindern bemerkte Sh. Tonsillarhypertrophie, bei 144 Pharyngitis granulosa. In 64 % der Fälle von Erkrankung des Mittelohres sah Sh. gleichzeitig Erkrankungen des Rachens und der Nase und sucht hierin die Ursache.

Eitrige Ohrenflüsse mit Trommelfellperforation fand Sh. bei 4 % der Kinder. Ueberhaupt rechnet Sh. von den 388 Fällen von Ohrenleiden 74 d. h. ca. 20 % für unheilbar.

III. Russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft.

Sitzung den 20. April.

1. Dr. Jakobson berichtet: 1) «Ueber einen complicirten Fall von Vesico-Vaginalfistel bei einer 28jährigen Zweitgebärenden» und 2) «über einen Fall von Krebs des Kehlkopfes und Pharynx» bei einer 50jährigen Frau, welcher vom Pharnyx ausgegangen sei.

2. Dr. Gontscharow theilt «einen Fall von Malleus» mit, den er im Alexanderhospital beobachtet hat. Es handelt sich um einen Fuhrmann. Die Infectionsstelle befand sich an der Wange. Die Dauer der Krankheit 10 Tage. Bei der von Dr. Petersen vorgenommenen *Section* fand man in beiden Lungen zahlreiche, theils in Zerfall begriffene Knoten. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes, Eiters und der Knoten wies deutlich Rotzbacillen nach.

In der *Discussion* erwähnte Prof. Pawlow, ihm sei ein Veterinair bekannt, welcher geheilt worden sei, obgleich der Rotz durch den Nachweis von Rotzbacillen constatirt gewesen.

Sitzung den 18. Mai.

1. Dr. K. Smigrodski: «Ein Fall erweiterten Atheroms an der Volarseite der III. Phalanx des linken Zeigefingers». Mit Erfolg operirt. S. hält diesen Fall für ein Unicum und meint, da in dieser Gegend keine Talgdrüsen, so müsse sich das Atherom aus einer Schweissdrüse entwickelt haben. Der Ansicht, es sei ein Unicum, widerspricht in der *Discussion* Dr. Janowitsch-Tschainski, indem er auf einen gleichen, im Med. Westnik beschriebenen Fall hinweist. Ausserdem hat er selbst einen solchen Fall operirt.

2. Dr. Swijasheninow: «Ein Fall von Bauchwunde» mit Vorfall des Dünndarmes, des S. romanum und des Netzes. Gleichzeitig Verletzung des Dünndarmes und des Samenstranges. Der 29jährige Patient war durch ein Schustermesser verletzt in's Marienhospital gebracht worden. Trotz aller Verletzungen — Heilung, Pat. lag vom 12. October 1887 bis zum 14. März 1888 im Hospital.

IV. Gesellschaft der Kinderärzte.

Sitzung den 19. Mai.

1. Dr. Jakubowitsch: «Ueber eine andauernde Form der Diphtherie und über Perichondritis laryngis bei Kindern». Von 1883 bis 1888 hat J. 3 Fälle von Diphtherie gesehen, die länger als 30 Tage anhielten.

2. Dr. Peters: «Ein Fall von Poliomyelitis anterior acuta» (Demonstration mikroskop. Präparate).

Sitzung den 12. Mai.

1. Dr. Kisel demonstrirt einen $12\frac{1}{2}$jährigen Knaben mit *angeborenem Herzfehler*. (Verengerung des Ostium der Lungenarterien, Foramen des Ventricel-Septum).

2. Dr. Van Puteren: «Die Mikroorganismen im Magen von Säuglingen» (im Wratsch abgedruckt, cf. Ref. in St. Petersb. Medic. Wochenschr. № 37).

Discussion: Dr. Rauchfuss hält den Beweis gegen die Abwesenheit einer desinficirenden Wirkung des Magensaftes für nicht genügend und meint es wären weitere Untersuchungen wünschenswerth.

Ferner wurde die rein praktische Frage über das Reinigen «der Mundhöhle bei Säuglingen» lebhaft discutirt. Dr. Rauchfuss meint, wenn das Auswaschen nicht sehr sorgsam und vorsichtig gemacht würde, kämen leicht Epithel-Abschürfungen zu Stande, die dann weitere Erkrankungen veranlassen.

Dr. Russow und Dr. Theremin sprachen sich für das Auswischen aus, desgleichen Prof. Bystrow, der meint, es müsse mit einem in Borlösung getauchten, weichen Pinsel oder hygroskop. Watte vorsichtig gereinigt werden.

V. Psychiatrische Gesellschaft.

Sitzung den 9. April.

1. Aerztin Walizkaja: «Ueber psychophysische Untersuchungen an Geisteskranken». Sie hat ihre Beobachtungen an 7 Pat. des Bezirkshospitales in Kasan angestellt, wobei sie das Chronoskop Hippa benutzt, mit dem mehr als 18,000 Bestimmungen gemacht wurden. Sie fand dabei, dass die Zeit, welche zur Beantwortung einer einfachen Frage nöthig, verlängert wird, wenn bei paralytischem Irresein die Krankheit sich in Schwächung der Geistesfähigkeit ausdrückt. (Die weiteren Resultate sind nur speciell für Fachärzte von Interesse).

2. Dr. Jakowenko's Mittheilung — «Ein Fall von Degeneration des hinteren Längsstranges» — wird verlesen.

VI. Russische syphilidolog. und dermatolog. Gesellschaft.

Sitzung den 30. April.

1. Dr. Kulnow demonstrirt einige injicirte makroskopische und mikroskopische Präparate von *Lymphangoitis dorsalis penis bei Syphilis* (Material zu seiner Dissertation).

2. Prof. Tarnowski stellt dem Verein folgende Frage zur Discussion: Findet die Gesellschaft es für geeignet bei der Reform der Controlle der Prostitution den medicinischen von dem rein polizeilichen Theil völlig abzutrennen und ein besonderes Sanitätsbüreau zur Controlle der Prostituirten zu gründen? Nach einiger Discussion über Nebensächliches, beantwortet der Verein einstimmig die Frage in bejahendem Sinne.

VIII. Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit.

Sitzung den 1. April.

1. Dr. Danielberg: «Ueber die Cursaison in Pjatigorsk pro 1887. Das Hauptkontingent der Pat. bildeten Syphilitiker, jedoch kamen recht viel Hautkranke vor. Vom 1. Mai bis 1. October wurden 81,308 Bäder verabreicht. Jedes Schwefelbad kostet 50 Kop. Im Ganzen wurde für Bäder 27,149 Rbl. eingenommen. (Die Zahl der Badegäste wird nicht direct angegeben, sondern ungefähr nach der Zahl der Bäder als 2710 berechnet? Warum? Ref.).

2. Dr. Sergejew: «Ueber die Schlammbäder in Ssaki».

Sitzung den 8. April.

1. Dr. Herzenstein verliest den Commissionsbericht über die von Hrn. Olschewski beabsichtigte Gründung einer Gesellschaft zur Lieferung guten Weines, wobei die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit die Controlle übernehmen soll. (Der Vorschlag wird abgewiesen.)

Sitzung den 15. April.

1. Prof. Andrejewski: «Ueber den Normal-Mittagstisch nebst Einrichtung einer Schule für Kochkunst».

2. Dr. Herzenstein: «Ueber Maassregeln zum Schutz der Zündholzarbeiter».

3. Dr. Lipski: «Ueber die Krankheiten der Petersburger Bevölkerung pro 1887», auf Grund der Sanitätskarten.

Sitzung den 29. April.

1. Dr. Wirenius: Kritik des Buches von Pokrowski über «Die physische Erziehung der Kinder etc.».

2. Dr. Titzner: «Ueber die Kindercolonien in Staraja Russa und im übrigen Russland».

Sitzung den 30. April.

Dr. Bertenson: «Ueber die neue Bearbeitung der Quelle № 17 in Essentucki».

Sitzung den 6. Mai.

1. Dr. Maltschewski: «Resultate der Untersuchung von Theeproben».

2. Dr. Starobogatsch: «Ueber den N-Gehalt im Staube der Luft.

3. Dr. Brusjanin: «Ueber die Bestandtheile des Hafermehls.

P.

---

61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln. V.

In der *dritten allgemeinen Sitzung* hielt Prof. Virchow einen interessanten und zeitgemässen Vortrag *«Ueber künstliche Verunstaltungen des menschlichen Körpers»*. Von der Thatsache ausgehend, dass die Zahl der künstlichen Verunstaltungen stetig zunimmt, dass bald eine weitere Steigerung derselben nicht mehr möglich sein wird, da die menschliche Natur ihr eine Grenze setzen wird, bespricht der Vortragende die Ursachen derselben. Es ist nicht immer nothwendig, eine Absichtlichkeit als Ursache der künstlichen Verunstaltungen anzunehmen; es sind vielmehr in der Regel Einwirkungen, welche in der Herstellung neuer Lebensbedingungen, neuer Formen des Verhaltens, durch Menschen begründet sind. So war z. B. die Verunstaltung des Schädels ursprünglich unabsichtlich und ist es heute noch. Diese Verunstaltung tritt meist im ersten Le-



bensjahre ein, wo das Kind gezwungen ist, auf dem Hinterkopfe zu liegen. Dadurch entsteht, da die Knochen noch nicht die nöthige Festigkeit haben, eine Abplattung des Hinterkopfes. Diese Abplattung kann aber auch durch rein praktische Gründe hervorgerufen werden, z. B. dadurch dass der Kopf des Kindes auf einem Brett fixirt wird, wie das bei einigen wilden Völkern geschieht, wo die Mutter ihr Kind zur Arbeit mitnimmt. Diese künstlich hervorgerufene Schädeldifformität erscheint dem betreffenden Volke schliesslich in Folge des gewohnten Anblicks schön und so wird aus der ursprünglich unbeabsichtigten Verunstaltung später eine absichtliche. Ja man hat sogar versucht, durch Aenderung der Schädelform den geistigen Fähigkeiten eine andere Richtung zu geben. Das wäre, meint Virchow, manchmal sehr wünschenswerth. So könnte man vielleicht in Städten, in denen das Clavierspiel so überhand genommen, dass man kaum noch da leben kann, die musikalischen Anlagen etwas zurückdrücken. (Grosse Heiterkeit.) In der That sei auch schon die Frage aufgeworfen worden, ob nicht diese Manipulation zur Erleichterung des Unterrichts verwendet werden könne, indem man die Köpfe der Schüler für die gewünschten Fähigkeiten zurechtdrücke. (Heiterkeit.) Auch für gewisse aristokratische Allüren sei die Gestaltung des Kopfes ausgebeutet worden. So sollen Tapferkeit, Gewalt, Majestät mehr entwickelt werden, wenn man den Hinterkopf zusammendrückt und den Vorderkopf sich entwickeln lässt. Umgekehrt sollen durch eingedrückte Stirn und spitzen Hinterkopf Demuth und Gehorsam angezeigt sein. Glücklicherweise trete bei diesen Verunstaltungen eine Compensation ein, indem der Schädel, wenn er nach einer Richtung zusammengedrückt wird, nach der entgegengesetzten sich erweitert. Nicht so günstig seien die Verhältnisse bei der *künstlichen Verunstaltung der Füsse*. Hier erfolgt keine Compensation wie beim Schädel. Wenn wir es in Europa auch noch nicht so weit gebracht haben wie die Chinesinnen, welche wie Gorillas auf der Rückseite ihrer umgekrempelten Zehen gehen, so haben doch die neuesten Angriffe der vereinigten Schuhmacher Europa's nahezu die Grenze erreicht; es fehlt fast nur noch die Umkrempelung der Zehen. Durch die naturwidrige Gestalt unseres Schuhwerks wird der Fuss in eine Art spitzen Instruments mit hohen Hacken eingezwängt, welches das Gehen fast unmöglich macht. Die Bevölkerung sollte sich gegen die Gewaltthätigkeit der Schuhmacher empören. Aber nicht allein das Schuhwerk, sondern auch die *Strümpfe* müssten nach der natürlichen Gestalt des Fusses eingerichtet werden, da ihre jetzige spitze Form dem Fusse unbequem und schädlich ist. Nicht allein Ballen und Hühneraugen seien die Folgen schlechter Fussbekleidung, auch die Neigung der Gicht, die grosse Zehe zum Gegenstande ihrer Angriffe zu machen, sei muthmasslich dahin zu rechnen. Noch schlimmer sei endlich die *künstliche Verunstaltung des Brustkorbes*, welche durch das Corset hervorgebracht wird. Wenn man den Brustkorb der Mediceischen Venus mit dem unserer modernen Damen vergleiche, so finde man, dass die moderne Taillenbildung den Brustkorb in das gerade Gegentheil der natürlichen Form verwandle. Während der Brustkorb der Venus unten breit und oben verengt sei, laufe derjenige der modernen Dame nach unten spitz zu. Das Ideal unserer Damenkleider-Mode sei eben nicht die wahre Schönheit, wie sie der Körper der Venus darstellt, sondern die Insectenform, die Wespentaille. Wenn man nach dem Orient geht, wo keine Corsets oder Gürtel getragen werden, wenn man die alten Gestalten der Apostel und Heiligen sieht, auch die Jungfrauen alter Zeiten, aber nicht in Wespengestalt, sondern in natürlicher Form, dann sollte man meinen, dass auch in Europa eine Rückkehr zur natürlichen Körperbildung wieder bewirkt werden könne, zumal es sich hier nicht allein um äussere Dinge handle, sondern auch um wichtige innere Organe, die in ihren Functionen erheblich gestört werden. Nun sei freilich an den in der Mode Aufgewachsenen nicht viel mehr zu ändern, aber die Kinder sollten doch vor solchen Verunstaltungen geschützt werden damit man allmälig von dieser Unsitte ablasse und so nach ein paar Generationen von derselben zurückkomme.

Zum Schluss berührte der Vortragende noch die von Prof. Weissmann in der vorhergehenden Sitzung geäusserten Ansichten bezüglich der Vererbung von Verletzungen (cfr. № 44, S. 382 dieser Wochenschr.). Er könne der Weissmann'schen Ansicht, dass diese Lehre als ein für alle Mal abgethan anzusehen sei, nicht beipflichten, halte vielmehr diese Frage für noch nicht abgeschlossen.

Bf.

Vermischtes.

— *Die bei der Kasanschen Universität bestehende Gesellschaft der Aerzte* veranstaltet mit Allerhöchster Genehmigung eine *Sammlung* von freiwilligen Beiträgen behufs Stiftung eines *Stipendiums* bei der dortigen medicinischen Facultät *auf den Namen des verst. Professors der pathologischen Anatomie* Dr. Alex. Petrow, welcher lange Jahre Präsident und Ehrenmitglied der Gesellschaft war. Die Gesellschaft wendet sich an die medicinischen Vereine, die Collegen und Schüler des Verstorbenen, sowie an Privatpersonen mit der Bitte, ihre etwaigen Beiträge unter der Adresse des derzeitigen Vorsitzenden der Gesellschaft, Prof. Dr. A. J. Schtscherbakow in Kasan, einzusenden.

— Am 5. November beging der ausserordentliche Professor für Syphilis und Hautkrankheiten an der Moskauer Universität, Dr. N. P. Manssurow, das *25-jährige Jubiläum* seiner academischen Lehrthätigkeit. Von diesen 25 Jahren hat Manssurow, welcher zuerst in Moskau speciell über Syphilidologie las, 20 Jahre als Privatdocent gewirkt und erst vor 5 Jahren wurde er zum ausserordentlichen Professor ernannt. (Wr.).

— Dr. A. M. Lewin hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für interne Medicin an der genannten Academie habilitirt.

— Die *Odessaer balneologische Gesellschaft* hat beschlossen, Prof. Werigo (Odessa) in Anbetracht seiner anerkannt nützlichen Thätigkeit *anlässlich seines 25-jährigen Jubiläums* eine *Adresse* zu überreichen und ihm zu Ehren ein *Diner* zu veranstalten.

— Im Stadthospital zu *Ssurash* (Gouv. Tschernigow) ist vor Kurzem ein *Todesfall durch Chloroform* bei einer Operation vorgekommen. Dieser Fall ist, wie der «Semski Wratsch» mittheilt, zu einer grossen Sache aufgebauscht worden, Dank den dortigen unerquicklichen collegialen Beziehungen. Der Arzt, welchem die Section des Verstorbenen oblag, hat sogar gegen die Anwesenheit des Collegen, der das Chloroformiren und die Operation am Verstorbenen vorgenommen hatte, bei der Section protestirt.

— Die *Landschaftsversammlung des Kreises Kupjansk* (Gouv. Charkow) hat den Beschluss gefasst, jedem ihrer Landschaftsärzte nach 4jährigem Dienste einen *Urlaub auf 4 Monate* mit Beibehaltung des Gehaltes *behufs wissenschaftlicher Beschäftigung an einer Universität* zu bewilligen.

— Die *Gesellschaft russischer Aerzte in Riga*, welche bereits eine «ärztliche Consultation» eingerichtet hat, beabsichtigt nun, wie ein rigasches Blatt erfährt, auch ein *Krankenhaus in Riga* zu eröffnen und soll sich in dieser Angelegenheit bereits an die örtliche Medicinalverwaltung gewandt haben.

— *Ordensverleihungen*: Sr. Majestät der Kaiser hat auf den Bericht des Kriegsministers über die Mühewaltung des Prof. Dr. zoolog. Metschnikow und des berathenden Mitgliedes der Odessaer Medicinalverwaltung, Dr. Nikolai Gamaleja, bei der Behandlung von tollwüthigen Thieren gebissenen Militärchargen, sowie bei der Unterweisung der Militärärzte und Veterinäre in den bacteriologischen Untersuchungen der Infectionskrankheiten, denselben am 1. November Allergnädigst Orden zu verleihen geruht, und zwar: Prof. Metschnikow den *St. Wladimir-Orden IV. Classe* und Dr. Gamaleja den *St. Stanislaus-Orden III. Classe*.

— *Im Dienst belassen*: Die etatmässigen älteren Ordinatoren der hiesigen Maximilian-Heilanstalt, Staatsräthe Glama und Meerowitsch, auf 5 Jahre, vom 1. August 1888 an gerechnet.

— *Befördert*: *Zum wirklichen Staatsrath* — der Divisionsarzt d. 14. Inf.-Divis., Dr. Noreiko, unter Verabschiedung wegen Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze.

— *Verstorben*: 1) Der älteste Kreisarzt des Smolenskischen Gouvernements, Staatsrath Terajewitsch. 2) In Achtyrka (Gouv. Charkow) der junge Arzt P. Kolotenko am Abdominaltyphus. 3) In Ostaschkow der Landschaftsarzt Dr. Konjkow. 4) Der Kreisarzt des Kowrowschen Kreises, Staatsrath N. Tscherkisowski. 5) Am 18. November n. St. in München der Generalarzt ausser Diensten und Leibarzt des verst. Königs *Ludwig I.* von Bayern, Hofrath Dr. Tutschek. 6) In San-Remo der Director des Seehospices von Norderney, Dr. Lorent, an der Lungenschwindsucht.

— Ausser Grancher und Duclaux ist noch der Assistent des Ersteren, Dr. Chantemesse, aus Anlass der Einweihung des Institut Pasteur zum *Ritter der Ehrenlegion ernannt* worden.

— Zur Ergänzung unseres Berichtes über das neuerbaute *Institut Pasteur* in Paris bringen wir heute über die Höhe der für das Institut eingegangenen freiwilligen Spenden und die Verwendung derselben einige Mittheilungen, welche der Leiter des Crédit foncier, in welchem die Spenden deponirt wurden, bei der Eröffnung der Pasteur'schen Anstalt gemacht hat. Die Sammlungen ergaben im Ganzen 2,586,680 Frcs., zu welchen die Elsass-Lothringer 43,000 Frcs. beigetragen haben. Die Ausgaben betrugen bis zum Tage der Eröffnung 1,563,786 Frcs., und zwar wurde verausgabt: für die Erwerbung des Baugrundes 441,475 Frcs., für den Bau des Doppel-Palastes 917,577 Frcs., für die Einrichtung der Arbeitssäle und Anschaffung der wissenschaftlichen Werkzeuge 100,000 Frcs., für Drucksachen, Rundschreiben etc. 12,421 Frcs., an Rechtsgebühren für Verträge 416 Frcs. und Ausgaben für die Laboratorien seit 3 Jahren 91,897 Francs. *Zur Verfügung* Pasteur's *bleiben 1,022,896 Frcs.*, welchen Betrag Pasteur zinstragend anlegt. Die Zinsen dieses Capitals sollen zur Bestreitung der Kosten der Laboratorien dienen. — Der Unterricht im Institut wird in folgender Weise gehandhabt werden: Grancher (assistirt von Chantemesse, Charin und Terillon): Behandlung der Hundswuth; — Duclaux: Biologische Chemie. Derselbe wird dem allgemeinen bacteriologischen Laboratorium vorstehen; — Chamberland: Die Mikrobenlehre in ihrer Beziehung zur Hygiene; — Roux: Die Methoden der Bacterienforschung in ihrer Anwendung auf die Medicin. — Ausserdem werden noch die russischen Gelehrten, Professor Metschnikow und Dr. Gamaleja, welche bekanntlich die bacteriologische Station in Odessa leiten, in dem Institute Studien über die Morphologie der Lebewesen und vergleichende Mikrobenlehre anstellen.

— Zu unserer Mittheilung in № 41 über die *medicinisch-hygienische Ausstellung* während des III. Congresses russischer Aerzte in St. Petersburg haben wir noch ergänzend hinzuzufügen, dass die-

selbe zu Beginn des Congresses eröffnet werden und bis zwei Wochen nach Schluss desselben dauern wird. Der Eintritt ist für die Mitglieder unentgeldlich; vom Publikum wird Eintrittsgeld erhoben, dessen Höhe, sowie die Besuchsstunden der Ausstellung das Comité bestimmen und später mittheilen wird. Die Aufstellung sowie die Forträumung der Ausstellungsgegenstände geschieht auf Kosten der Exponenten, denen der Raum für dieselben unentgeldlich angewiesen wird. Bis zum bestimmten Termin nicht abgeholte Gegenstände werden als Geschenke für die den Congress und die Ausstellung leitende Pirogow'sche Gesellschaft russischer Aerzte angesehen. Zum Verkauf bestimmte Gegenstände müssen mit der Preisangabe versehen sein; verkaufte dürfen nicht vor Ende der Ausstellung abgeholt werden. Auf Ausstattungsobjecten nicht russischer Herkunft muss ein Bemerk darüber vorhanden sein. Anmeldungen der auszustellenden Gegenstände, nebst Angabe der Firma oder Person des Ausstellers, der Ort und Zahl der Gegenstände und des für dieselben nöthigen Platzes sind zu richten an J. M. Tarnowski (Nadeshdinskaja № 3). Die Annahme der Ausstellungsobjecte findet statt vom 15. Nov. bis 15. Dec. Die Ausstellung wird im Gebäude des Salzdepot stattfinden.

— Vom Medicinal-Departement des Ministeriums des Innern sind Abänderungen und Ergänzungen zu den *Strafbestimmungen für die Uebertretung der sanitäts- und veterinär polizeilichen Regeln* ausgearbeitet worden, denen zufolge die der Uebertretung dieser Regeln Schuldigen einem Arrest bis zu drei Monaten und einer Geldstrafe von 100 bis 300 Rbl. unterliegen sollen. Im Wiederholungsfalle soll die Strafe verdoppelt werden. Ueberdies geht man mit der Absicht um, die Strafen für die Bereitung und den Verkauf schlechter und der Gesundheit schädlicher Lebensmittel bedeutend zu verschärfen. Die Schuldigen sollen das erste Mal ebenfalls einem Arrest bis zu sechs Monaten und zugleich einer Geldstrafe von 300 Rbl. unterliegen, das dritte Mal aber zum Verlust aller besonderen, persönlich und dem Stande nach zustehenden Rechte verurtheilt werden. Für Nichtbeobachtung der Reinlichkeit und Ordnung beim Verkauf von Lebensmitteln sollen die Schuldigen einem Arrest von sieben Tagen bis zu einem Monat unterworfen werden, wobei in einigen Fällen die Arreststrafe in eine Geldstrafe von 25 bis 100 Rbl. umgewandelt werden soll. In den Residenzen und grossen Städten wird die Thätigkeit der sanitätspolizeilichen Beamten, welchen die Aufsicht über die genaue Erfüllung der projectirten Regeln obliegt, controlirt werden von Beamten der Medicinalverwaltungen, welche von den Gouverneuren, in den Residenzstädten aber von dem Medicinalrath hierzu ernannt werden. Alle von den Stadtverwaltungen ausgearbeiteten Regeln, welche die sanitare Beschaffenheit der Lebensmittel-Verkaufstellen betreffen und welche sich auf den Handel mit Lebensmitteln beziehen, sollen vor ihrer Ausführung den Gouvernements-Medicinal-Verwaltungen zur Begutachtung vorgelegt werden.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 13 November d. J. 5682 (54 mehr als in der Vorwoche), darunter 294 Typhus- (31 mehr), 531 Syphilis- (17 mehr), 91 Scharlach- (18 mehr), 8 Diphtherie- (6 mehr), 1 Masern- (3 weniger) und 1 Pockenkranke (6 weniger als in der Vorwoche).

— In *Odessa* wird ein «*Evangelisches Hospital*» auf Kosten der dortigen evangelischen Kirchengemeinden eröffnet. Dasselbe ist vorzugsweise für kranke Gemeindeglieder bestimmt, wird aber auch andere Kranke ohne Unterschied der Religion aufnehmen. Ausgeschlossen sind Geisteskranke, sowie an Syphilis und Infectionskrankheiten Leidende.

— Auf den *Canarischen Inseln* ist jetzt ebenfalls das *gelbe Fieber* ausgebrochen und zwar in *Santa Cruz*, dem Hauptorte der Insel Palma, wohin es aus Südamerika oder Cuba eingeschleppt worden ist.

— Wie wir seiner Zeit berichtet haben, gelangten die von der *Kaiserin Augusta für die beste innere Einrichtung eines transportablen Lazareths ausgesetzten Preise* (6000 Mark, sowie 3 goldene und 9 silberne Medaillen) in diesem Sommer in Brüssel nicht zur Vertheilung, weil die wenigen eingelaufenen Modelle und Pläne den Anforderungen nicht genügten. Als Ursache dieses Misserfolges wird der zu grosse Umfang der gestellten Aufgabe angesehen. In Folge dessen hat die Kaiserin Augusta eine Commission mit der Ausarbeitung eines neuen Programms betraut, welches in nächster Zeit publicirt werden wird. Als Ausstellungsort ist Berlin in Aussicht genommen.

— In *London* erscheinen seit Kurzem *zwei neue medicinische Zeitschriften*, von denen die eine den Titel: «*The Illustrated Medical News*» führt, die zweite: «*The British Journal of Dermatology*» betitelt ist.

— Auf die Initiative des preussischen Cultusministers Dr. Gossler werden beim hygienischen Institut der Berliner Universität kurzdauernde *hygienische Curse für Verwaltungsbeamte* unter der Leitung von Prof. Rob. Koch von den Assistenten des Instituts abgehalten werden. Das Honorar wird 60 Mark betragen.

— Ch. Gram sah in einem Falle von chronischer Cystitis ausgezeichnete Wirkung von Salol, 1 Grm. 3—5 Mal täglich.

(Hosp.-Tid. R. 3, Bd. 5, S. 409.)

Berichtigung. In № 41 pag. 355, 2. Sp., Z. 26 von unten liess «45jähriger» statt «15jähriger». Z. 3 von unten muss es heissen: «In der Wand der Art. femor. eine linsengrosse Oeffnung durch partielle Necrose der bei der Verletzung gleichsam geschwundenen, von der Scheide entblössten Arterienwand.»

Bülletin der meteorologischen Station Dr. Dmitrijew's in Jalta.

Monat u. Datum	Temp. der Luft nach Celsius						Barometer	Hygr.	Windfahne			Zustand d. Himmels			Mm. Niederschlag
	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	Maximum	Minimum	Mittel	Mittel	Mittel	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	
Oct. 29	+1,4	−1,2	−1,9	—	−3,2	−1,9	758,7	53	N_6	N_8	N_4	CN_5	CN_6	0	—
30	−2,0	+3,6	−0,4	+8,0	−3,0	+0,4	761,0	53	N_8	SE_1	N_2	C_4	CN_9	0	2,0
31	−2,0	+3,0	−0,1	+7,0	−3,8	−0,1	761,9	60	0	N_7	0	C_6	CN_9	0	—
Nov. 1	−2,6	+3,8	+0,5	+9,0	−3,6	+0,5	763,3	58	0	E_4	0	SC_6	SC_5	0	—
2	−2,0	+4,6	+0,8	+9,0	−3,4	+0,4	768,5	62	0	0	0	0	C_8	SC_6	—
3	+0,2	+3,2	+5,0	+10,0	−0,4	+5,0	775,2	73	0	0	0	SN_8	SN_7	N_{10}	—
4	+1,6	+2,8	+2,3	+11,5	−0,2	+2,3	778,8	79	0	E_1	0	C_7	N_{10}	C_{11}	0,2

NB. Seit 20 Jahren ist ein so niedriger Thermometerstand für diesen Zeitraum nicht beobachtet worden. Seit dem 6. November hat sich wieder warme, freundliche Witterung eingestellt.

N = Nord, S = Süd, W = West, E = Ost, 0 = Windstille. Die beigefügte Zahl giebt die Stärke des Windes in $^1/_{10}$ an. C = Cumulus, N = Nimbus, S = Stratus. Die beigefügte Zahl zeigt an, wie viel Zehntel des Himmels bedeckt sind. 0 = wolkenloser Himmel.

F. W.

Vacanz.

— Es wird ein freipracticirender Arzt für ein Kirchdorf des Jaroslawschen Gouvernements gesucht, unter vortheilhaften Bedingungen für einen Unverheiratheten. Nähere Auskunft ertheilt der Apotheker W. Kowner per Adresse: „Село Некоузъ, Ярославской губ.".

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 6. bis 12. November 1888

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
207	203	410	77	32	55	8	2	12	38	38	41	42	49	14	1	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 0, Scharlach 10, Diphtherie 9, Croup 1, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie u. Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 21, Marasmus senilis 12, Krankheiten des Verdauungscanals 58, Todtgeborene 20.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	28. Oct.—3. Nov.	2373	28,8	—	1613	19,7
Paris	2 260 945	28. Oct.—3. Nov.	1177	27,0	102	946	21,6
Brüssel	181 270	21.—27. Oct.	91	26,1	7	73	20,9
Stockholm	221 549	21.—27. Oct.	126	29,6	4	81	19,0
Kopenhagen	300 000	31. Oct.—6. Nov.	202	35,0	9	115	19,9
Berlin	1 414 980	28. Oct.—3. Nov.	905	33,7	37	497	18,3
Wien	800 889	28. Oct.—3. Nov.	510	33,0	28	348	22,6
Pest	442 787	21.—27. Oct.	307	—	16	227	26,7
Warschau	444 814	28. Oct.—3. Nov.	372	43,4	21	235	27,5
Odessa	268 000	28. Oct.—3. Nov.	—	—	7	141	27,4
St. Petersburg	861 303	4.—10 Nov.	502	30,3	22	347	20,9

Дозв. ценз. Спб. 18. Ноября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

XIII. Jahrgang. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. Th. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten.

Inserate werden ausschliesslich im Central-Annoncen-Bureau von **Friedrich Petrick** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 8, und in Paris bei unseren General-Agenten entgegengenommen. **Les annonces françaises** sont reçues exclusivement à Paris chez Messieurs **G. E. Puel de Lobel & Cie.**, Rue Lafayette 58. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 48. St. Petersburg, 26. November (8. December) 1888.

Ueber die Bezeichnung der Körperbeschaffenheit durch Ziffern.

Von

Dr. A. Bornhardt,

Oberarzt bei der Kronstädter Festungsartillerie.

Die von mir vorgeschlagene Methode, die Tauglichkeit der Rekruten zum Kriegsdienst in Ziffern auszudrücken [1], hat die DDr. Alexejewski [2] und Abkowitsch [3] veranlasst, in einigen Arbeiten diese meine Methode zu prüfen.

Die dabei erhaltenen russischen Gewichts- und Maasswerthe setzten sie in Centimeter und in Gramm um und bei der Berechnung des Bruches, der das Verhältniss zwischen Maass und Gewicht ausdrückte, nahmen sie als Einheit nicht die Gewichtsziffer, wie ich es gethan hatte, sondern das Product von Länge und Brustumfang; daher erscheint bei ihnen der Nenner des Bruches für sehr kräftige Menschen sehr gross [bei Dr. Alexejewski 4,6 (№ 62) und bei Dr. Abkowitsch bis zu 5,41 (№ 585)]; für Menschen von schwacher Constitution ist der Nenner sehr klein [bis zu 3,8 bei Alexejewski und bis zu 3,15 bei Abkowitsch (№ 87)].

Dr. Alexejewski, welcher 79 Messungen und Wägungen vorgenommen, fand keine Ausnahme von der Regel, dass einer stärkeren Constitution ein grösserer Nenner entspricht, wiewohl er anführt, dass die Zahl seiner Beispiele eine unbedeutende sei. Dr. Abkowitsch, welcher 667 Rekruten gewogen und gemessen hat, gelangt ebenfalls zu dem Schluss, dass «ein beständiges, innerhalb nur sehr geringer Grenzen schwankendes Verhältniss existirt zwischen der Körperlänge und dem Brustumfang einerseits und dem Körpergewicht andererseits», und schliesst seine Abhandlung mit den Worten: «Genau ausgeführte Messungen der Körperlänge und des Brustumfanges, verglichen mit dem Körpergewicht, sind einstweilen die einzigen Daten für die Herstellung einer mehr oder weniger richtigen Zahlenformel, welche den Grad der Tauglichkeit der Constitution ausdrückt». — Er fand übrigens, dass nicht in allen Fällen dem grösseren Nenner eine kräftigere Constitution entspricht; dass ungefähr in 9 Fällen von 100 — einem Nenner, der grösser ist als 4, keine kräftige Constitution entsprach (bei 91‰ — eine mittlere und bei 1‰ — eine schwache); ebenso entsprach einem Nenner, der die Zahl 3 überstieg, theils eine starke, theils eine mittlere und in 10 Fällen von 100 — eine schwache Constitution. Solche Abweichungen von der oben angeführten Regel hängen, der Meinung Dr. Abkowitsch's nach, davon ab, dass bei der Berechnung der einer gewissen Constitution entsprechenden Zahlen, nicht in Betracht gezogen wird, um wie viel in jedem einzelnen Falle die Ziffer des Brustumfanges grösser oder kleiner ist, als die Hälfte der Körperlänge.

Beim Durchsehen der Zifferntabelle, die Dr. Abkowitsch aus seinen Messungen und Wägungen zusammengestellt hat, finden wir, dass von den 576 Mann mit kräftiger Constitution, in 31 Fällen der Umfang des Brustkorbes die Hälfte der Körperlänge um nicht einmal 1 Centimeter übertraf, und in 26 Fällen war derselbe sogar geringer, als die Hälfte der Körperlänge; unter den 91 Mann von mittlerer und schwacher Constitution, war in 13 Fällen der Brustumfang ebenfalls um weniger als 1 Ctm. grösser, in 16 Fällen sogar geringer, als die halbe Körperlänge.

Obwohl hiernach ein schmaler Brustkorb in der That öfter einer mittleren oder schwachen Constitution entspricht — in 30 Fällen auf 100 — so ist doch ein enger Thorax auch bei Menschen mit kräftiger Constitution vermerkt worden — in 10 Fällen von 100; zugegeben also, dass ein geringer Brustumfang öfter auch mit schwacher Constitution zusammentrifft, können wir uns doch der Meinung Dr. Abkowitsch's nicht anschliessen, dass die obenangeführten Abweichungen vermieden werden könnten, wenn man bei Berechnung des der gegebenen Constitution entsprechenden Nenners, welcher zum Zähler die Einheit hat, jedes Mal berücksichtigen würde, um wie viel der Brustumfang grösser oder kleiner, als die halbe Körperlänge sei.

Diejenigen Fälle, wo die Berechnung mit dem allgemeinen Eindruck nicht übereinstimmt, erlauben eine zweifache Erklärung: Entweder kommt in meiner Formel irgend ein characteristisches Merkmal, durch welches die betreffende Constitution ihren Charakter erhält, als Ziffer nicht vor; oder es ist bei der nach der allgemeinen Besichtigung angenommenen Constitution nicht genügende Aufmerksamkeit verwandt worden auf alle äusseren Merkmale, welche die Körperbeschaffenheit bestimmen; z. B. ist die Grösse der Extremitäten nicht beachtet worden, welche bei demselben Brust-

[1]) Русская Медицина 1886, № 12. — St. Petersb. Med. Woch. 1886, № 12.

[2]) Военно-Санитарное Дѣло 1887, № 21, S. 240 und ff.

[3]) Ibidem 1888, № 20, S. 245 und ff.

umfang und derselben Körperlänge doch sehr verschieden, — bei grossem Brustumfang gering, bei geringem Brustumfang bedeutend sein kann; so dass ein Individuum mit breiter Brust und schwach entwickelten Extremitäten dem Aeusseren nach für einen kräftigen Menschen gehalten werden kann — und umgekehrt: ein Individuum mit engerem Thorax und gut entwickelten Extremitäten könnte dem Aeusseren nach für einen Menschen mittlerer Constitution gelten.

Um zu entscheiden, ob in meiner Formel alle Momente, die in der Gesammtheit die Körperbeschaffenheit ausmachen, enthalten sind, wollen wir dieselbe näher prüfen. Beim Bestimmen der Constitution nach dem Gesammteindruck wird das Augenmerk gerichtet auf den Umfang der Brust, die Grösse der Extremitäten (der Ober- und Unterschenkel), die Dicke des Halses, die Höhe der Schultern, die richtige Stellung des Schulterblattes, folglich ausser dem Wuchs und dem Brustumfang noch auf die Entwickelung der Musculatur. In der Formel sind die Zahlen der Körperlänge, des Brustumfanges und des Gewichts enthalten; ist sie im Stande die grössere oder geringere Entwickelung der Musculatur zu zeigen?

Bei den ersten Wägungen, die ich unternahm, fand ich wiederholt verschiedenes Gewicht bei gleicher Körperlänge und gleichem Brustumfang; und je grösser das Gewicht war, desto kräftiger erschien dem Aeusseren nach das Individuum. Anfänglich erklärte ich die Verschiedenheit des Gewichts, bei gleicher Körperlänge und gleichem Brustumfang, durch die verschiedene Festigkeit des Körpers, auf welche Ursache ich in meiner Antwort auf die Bemerkung des Herrn A. A.[4]) hingewiesen habe. Dr. Afonsky[5]) leugnet die Möglichkeit einer irgend bedeutenderen Verschiedenheit in der Consistenz des Körpergewebes, folglich im specifischen Gewicht der Körper; aber zieht man in Betracht, dass das Knochensystem bei den verschiedenen Menschen in verschiedenem Grade ausgebildet ist, und dass das specifische Gewicht der Knochen viel bedeutender ist, als das specifische Gewicht des Unterhautfettgewebes und der Muskeln, so kann man wohl voraussetzen, dass bei gleicher Körperlänge und gleichem Brustumfang ein Individuum mit starkem Knochenbau und schwach entwickelter Fettschicht ein viel grösseres Gewicht haben wird, als ein Individuum mit schwach entwickeltem Knochenbau und starker Fettschicht.

Aber derart extreme Fälle, stark entwickelter Knochenbau und geringe Fettschicht und umgekehrt, sind allerdings selten, jedenfalls viel seltener, als solche, wo bei gleicher Körperlänge und bei gleichem Brustumfang das Gewicht verschieden ist, daher muss in der grossen Zahl dieser Fälle eine andere Ursache vorwalten — nämlich: die grössere oder geringere Entwickelung der Extremitäten.

Um zu sehen, welchen Einfluss auf das Gewicht der Entwickelungsgrad der Extremitäten ausübt, nahm ich ungefähr 40 Wägungen und Messungen vor, und maass ausser der Körperlänge und dem Brustumfang auch den Umfang der oberen Extremitäten in der Höhe der Brustwarzen; ich erhielt folgende Zahlen:

4) Русская Медицина 1886, № 17, S. 307.
5) Военно-Санитарное Дѣло 1887, № 23—25. S. 275.

Fortlaufende Nummer	Beruf	Name	Provinz	Seit welchem Jahre im Dienst	Wuchs in Arschin und Werschok		Umfang in Werschok		Constitution nach dem allgemeinen Eindruck	Gewicht in Pfund		Unterschied zwischen den Gewichten 1)	Nach der Formel bestimmte Constitution
					A.	W.	Arme	Brust		nach der Wägung	nach der Formel für mittl. Constitution		
1	Kanonier	J. Kalinin	Nishegor.	1888	2	$5\frac{1}{8}$	$6\frac{3}{8}$	$20\frac{1}{4}$	kräftig	162,5	149.4	+13	kräftig
2	»	S. Ssaweljew	Tambow	1888	2	$5\frac{1}{8}$	$6\frac{1}{8}$	19	mittelm.	142,7	141	+1,7	mittelm.
3	Bombard.	J. Kwaschnin	Kostroma	1885	2	$5\frac{2}{8}$	$6\frac{7}{8}$	$21\frac{5}{8}$	kräftig	173	161	+12	kräftig
4	Schreiber	J. Shukow	Charkow	1885	2	$5\frac{3}{8}$	$5\frac{7}{8}$	$19\frac{7}{8}$	mittelm.	147,5	148,5	— 1	mittelm.
5	Bombard.	K. Mattiss	Warsch.	1886	2	$5\frac{4}{8}$	$5\frac{7}{8}$	$20\frac{4}{8}$	mittelm.	145	151,8	—6,8	mittelm.
6	Kanonier	K. Jermakow	Tambow	1888	2	$5\frac{4}{8}$	$6\frac{1}{8}$	$20\frac{4}{8}$	mittelm.	151,5	153,7	— 2	mittelm.
7	»	J. Ssarafannikow	Tambow	1888	2	$5\frac{4}{8}$	$6\frac{3}{8}$	$20\frac{5}{8}$	kräftig	166,5	154,6	+12	kräftig
8	»	J. Kiljanski	Warsch.	1888	2	$5\frac{4}{8}$	$6\frac{1}{8}$	21	kräftig	176	157,5	+18	kräftig
9	Schreiber	G. Beljakow	Kostroma	1887	2	$5\frac{4}{8}$	$5\frac{1}{16}$	19	schwach	127,5	142,5	—15	schwach 2)
10	Kanonier	K. Morosow	Tambow	1888	2	$5\frac{5}{8}$	$5\frac{7}{8}$	$20\frac{6}{8}$	mittelm.	150	156.1	— 6	mittelm.
11	»	L. Karpala	Warsch.	1884	2	$5\frac{5}{8}$	$6\frac{4}{8}$	$22\frac{2}{8}$	kräftig, blutarm	168	167,4	+0,6	mittelm.
12	»	J. Merslikin	Tambow	1888	2	$5\frac{5}{8}$	7	$21\frac{1}{8}$	kräftig	182	158,9	+23	kräftig
13	»	J. Goloschtschanow	Tambow	1887	2	$5\frac{6}{8}$	$6\frac{1}{8}$	$19\frac{6}{8}$	mittelm.	153,6	149,1	+4.5	mittelm.
14	»	W. Lebedew	Kostroma	1885	2	$5\frac{7}{8}$	$6\frac{3}{8}$	$20\frac{2}{8}$	mittelm.	159	153,3	+ 6	mittelm.
15	»	A. Timofejew	Tambow	1888	2	$5\frac{7}{8}$	$6\frac{1}{8}$	$20\frac{3}{8}$	schwach	145	154,3	— 9	schwach
16	»	J. Ssulek	Warsch.	1888	2	$5\frac{7}{8}$+	$6\frac{1}{8}$	$20\frac{4}{8}$	mittelm.	162	157,1	+ 5	mittelm.
17	»	W. Matschkowski	Warsch.	1887	2	$5\frac{7}{8}$	$6\frac{1}{8}$	$20\frac{7}{8}$	mittelm.	163	158,1	+ 5	mittelm.
18	»	P. Degterew	Tambow	1886	2	$5\frac{7}{8}$+	6	$19\frac{3}{8}$	mittelm.	148,2	148,6	—0,4	mittelm.
19	»	S. Kusin	Tambow	1888	2	6	6	20	mittelm.	148,2	152	—3,8	mittelm.
20	»	O. Wershbinski	Warsch.	1888	2	6	$6\frac{5}{8}$	$21\frac{1}{8}$	kräftig	170,6	160,5	+10,1	kräftig
21	»	A. Zwetkow	Kostroma	1888	2	6 +	$6\frac{5}{8}$	$20\frac{3}{8}$	kräftig, mager	153.3	154,8	—1,5	mittelm.
22	»	T. Schljapnikow	Nishegor.	1887	2	$6\frac{1}{8}$	$5\frac{5}{8}$	$19\frac{5}{8}$	mittelm.	143,3	149,6	—6,3	mittelm.
23	»	A. Mokrotin	Rjasan	1885	2	$6\frac{2}{8}$+	$6\frac{1}{8}$	$19\frac{6}{8}$	mittelm.	150,7	151	—0,3	mittelm.
24	»	E. Korobkin	Tambow	1888	2	$6\frac{2}{8}$ -	6	20	mittelm.	157,5	153	+4,5	mittelm.
25	»	G. Grigoritschew	Nishegor.	1888	2	$6\frac{2}{8}$	$6\frac{2}{8}$	$20\frac{1}{8}$	kräftig	161.2	153,9	+7,3	kräftig
26	Bombard.	W. Schtschepilow	Tambow	1886	2	$6\frac{3}{8}$+	$6\frac{2}{8}$	$21\frac{1}{8}$	kräftig, blutarm	161,8	162,1	—0.3	mittelm.
27	Kanonier	M. Ossinski	Warsch.	1888	2	$6\frac{3}{8}$	6	$20\frac{1}{8}$	mittelm.	156,1	154,4	+1,7	mittelm.
28	»	S. Rozki	Warsch.	1888	2	$6\frac{3}{8}$	$5\frac{4}{8}$	$20\frac{2}{8}$	mittelm.	151,8	155,4	—3,6	mittelm.
29	»	A. Tonderski	Warsch.	1888	2	$6\frac{3}{8}$	$6\frac{2}{8}$	$20\frac{5}{8}$	kräftig	168,4	158,2	+10,2	kräftig
30	»	J. Koslow	Kostroma	1886	2	$6\frac{4}{8}$+	$5\frac{5}{8}$	19	mittelm.	140,3	146,3	— 6	mittelm.
31	»	G. Metechin	Tambow	1888	2	$6\frac{4}{8}$	$6\frac{7}{8}$	$21\frac{4}{8}$	kräftig	175	165,5	+9,5	kräftig
32	»	O. Ssamerdak	Warsch.	1888	2	$6\frac{7}{8}$	$6\frac{2}{8}$	$21\frac{4}{8}$	kräftig	184,4	167,1	+17,3	kräftig
33	Bombard.	J. Stakin	Kostroma	1886	2	$6\frac{7}{8}$ -	6	$20\frac{4}{8}$	mittelm.	152,5	159,3	—6,8	mittelm.
34	»	A. Sadumow	Kostroma	1884	2	7 -	$6\frac{6}{8}$	$22\frac{1}{8}$	mittelm.	176,5	172,5	+ 4	mittelm.
35	Kanonier	O. Schagin	Kostroma	1887	2	7	6	$21\frac{7}{8}$	mittelm.	164	165,7	—1,7	mittelm.
36	Bombard.	J. Michailow	Tambow	1884	2	$7\frac{1}{8}$	$6\frac{4}{8}$ +	$21\frac{5}{8}$	mittelm.	168,1	169,2	—1,1	mittelm.
37	»	G. Tenkow	Tambow	1886	2	$7\frac{2}{8}$	$6\frac{4}{8}$	$20\frac{7}{8}$	kräftig	185,6	163,8	+21,8	kräftig
38	Kanonier	A. Skworzow	Tambow	1888	2	$7\frac{7}{8}$	6	21	mittelm.	164,7	167,4	—2,7	mittelm.

1) Die mit einem + versehenen Ziffern bedeuten: um wie viel das factische Gewicht das nach der Formel berechnete übersteigt; die mit einem — versehenen Ziffern bedeuten: um wie viel das factische Gewicht kleiner ist als das nach der Formel berechnete.
2) Ist beurlaubt wegen Blutarmuth.

Obwohl die Zahl der angestellten Beobachtungen eine beschränkte ist und unter ihnen nicht zwei Fälle von gleicher Körperlänge und gleicher Brustcircumferenz verzeichnet sind, ist aus den angeführten Zahlen nichtsdestoweniger ersichtlich, dass bei gleicher Körperlänge diejenigen mit grösserem Umfang der Arme (folglich auch der Beine) auch das grössere Körpergewicht haben. Man kann daher daraus schliessen, dass meine Formel, welche das Verhältniss zwischen Wuchs, Brustumfang und Körpergewicht ausdrückt, zugleich die Möglichkeit gewährt, wie Dr. Afonski mit Recht bemerkt, bei grösserem Gewicht und gleichem Brustumfang und gleicher Körperlänge, auf die grössere Entwickelung der Extremitäten zu schliessen, d. h. einen indirecten Schluss auf die Entwickelung der Musculatur zu machen und folglich, meiner Meinung nach, auch auf die Körperconstitution; denn der Grad der Körperconstitution ist stets proportional dem Entwickelungsgrad des Knochengerüstes und der Muskeln. Dr. Afonski gelangt zu dem Schluss, dass meine Formel als Maassstab für den Entwickelungsgrad der Musculatur dienen kann, in meinem Sinne also auch für die Constitution. Er behauptet Folgendes: «Mit Hülfe der Formel von Dr. B. können wir uns ein genaueres Bild von dem Entwickelungsgrad der Musculatur machen, sowie von der physischen Kraft des betreffenden Individuums, denn die grössere oder geringere Kraft ist für einen Soldaten, von dem vorzugsweise physische Arbeit verlangt wird, durchaus nicht gleichgültig». — Und weiterhin: «Wir gewinnen mit Hülfe dieser Formel ein sehr objectives Bild von der Entwickelung der Brust und der Muskeln des untersuchten Individuums, ohne dass letzteres irgendwie diese Untersuchung beeinflussen kann». — So kann man denn mit meiner Formel ausser der Körperlänge und dem Gewicht, auch noch den Grad der Entwickelung der Musculatur bestimmen; folglich sind in dieser Formel alle Factoren enthalten, deren Gesammtheit einen genauen Begriff von der Constitution gewährt; daher neige ich zu der Annahme, dass in den Fällen, wo die nach meiner Formel berechnete Constitution mit der nach allgemeiner Besichtigung angenommenen nicht stimmt, diese letztere durch Uebersehen irgend eines für die allgemeine Charakteristik wesentlichen Moments (z. B. der Entwickelung der Extremitäten) nicht richtig ausgefallen ist.

Meine Formel, welche eine übersichtliche Bestimmung des Entwickelungsgrades der Musculatur, der physischen Kraft, des Brustumfanges gewährt, giebt somit Daten, welche einen genügenden Begriff von den Körperverhältnissen und von der Tauglichkeit zum Militärdienst geben, und denen ein bestimmtes Minimum der erforderlichen Kraft entnommen werden kann. Dass dieses Minimum mit Hülfe meiner Formel angenommen werden kann, darüber äussert sich Dr. Afonski mit den Worten: «Aus den nach dieser Richtung unternommenen Messungen und Untersuchungen ist leicht zu finden, bei *welchem* Verhältniss jenes Products zum Körpergewicht die Entwickelung der Musculatur den Anforderungen des Militärlebens zu entsprechen aufhört», — aber er ist der Meinung, dass der Maassstab zur Feststellung eines Minimums sowohl des Körpergewichts, als auch der physischen Entwickelung bei bestimmter Körperlänge und bestimmtem Brustumfang, — nicht sowohl aus den Untersuchungen an Rekruten, sondern aus Untersuchungen «an Soldaten genommen werden sollte, die bereits ihre Dienstzeit hinter sich hätten. Diese Soldaten müssen alle Forderungen erfüllt, alle Fährlichkeiten und schlechten Einflüsse überwunden haben; ebenso dürfen sie nicht erkrankt sein, weder in Folge von Körperschwäche, noch in Folge von Strapazen, wie sie von Soldaten verlangt werden, und zum Schluss der Dienstzeit müssen sie nicht nur ihre Gesundheit nicht eingebüsst, sondern vielmehr sich körperlich entwickelt und gekräftigt haben», — d. h. es müssen also Soldaten sein, die de facto ihre Tauglichkeit zum Militärdienst bewiesen hätten! — Ausserdem verlangt Dr. Afonski, behufs Feststellung eines Minimums der erforderlichen Körperbeschaffenheit, Messungen der Lungencapacität, der Kraft etc. Aber derartig complicirte Beobachtungen werden meiner Meinung nach keine brauchbaren Resultate ergeben. Erstens können wir bei der Einberufung zum Dienst nicht eine Körperbeschaffenheit und Muskelverhältnisse verlangen, wie sie sich erst nach 4—5-jähriger Dienstzeit entwickeln. Zweitens sind die im ersten halben Jahr an einen Rekruten gestellten Anforderungen ganz andere, als die an einen älteren Soldaten gestellten. Drittens sind die Jahre der Einberufenen und der die Dienstzeit beendigenden doch sehr verschieden: der Einberufene, der 21 Jahre zählt, ist körperlich noch nicht voll entwickelt und entwickelt sich und erstarkt während der Dienstzeit (wenn er beim Eintreten nur nicht schwächlich, kränklich oder blutarm war). Viertens sind unter den Ausgedienten Leute mit mittlerer und schwacher Constitution zu finden, blutarme, die den Keim zu verschiedenen Krankheiten haben. Solche Individuen haben zwar die erforderliche Zeit ausgehalten, können aber nicht als Muster eines dem Militärdienst entsprechenden Organismus dienen; daher wird bei den Messungen und Wägungen der Ausgedienten ein bestimmter Theil weggelassen werden müssen. Welches Criterium soll man bei dieser Weglassung anlegen? Dr. Afonski schlägt diese Messungen und Wägungen vor, weil er es nicht für möglich hält, als Maassstab für die Körperbeschaffenheit die Zahl anzunehmen, die ich mit Hülfe meiner Formel aus den Messungen und Wägungen der Rekruten erhalten, folglich müsste man die Ausscheidung eines bestimmten Theils der entlassenen Soldaten nur auf Grund allgemeiner Besichtigung vornehmen — was doch ein zu subjectiver Maassstab wäre. Das Ausschliessen Einiger wird willkürlich sein; so wird auch der Schluss, der aus den Messungen und Wägungen der übrigen gezogen wird, nicht maassgebend sein und den Erwartungen nicht entsprechen. Was die Lungenmessungen derselben Ausgedienten betrifft, so ergeben diese Messungen keine zuverlässigen Resultate. Prof. Erismann[6]) sagt: «Die Untersuchungen der Lungencapacität vermittelst eines Spirometers geben einen noch weniger richtigen Begriff von der Entwickelung und der Thätigkeit des Brustkorbes, als die Messungen des Umfanges des Letzteren, denn bei der Benutzung des Spirometers spielt die subjective Verfassung des Untersuchten eine grosse Rolle». Desgleichen sagt Prof. Erismann[7]) bezüglich der Messung der Muskelkraft: «Diese Beobachtungen erheischen eine grosse Vorsicht selbst zur Verhütung grober Fehler und haben trotzdem nur sehr geringe Bedeutung für die Bestimmung der Muskelkraft eines Menschen in Bezug auf seine Tauglichkeit zum Militärdienst, weil die Resultate der dynamometrischen Untersuchungen wesentlich von der Willkür des untersuchten Individuums abhängen». Skworzow[8]) sagt: «Die Bestimmung der Muskelkraft mit Hülfe eines Dynamometers giebt so bedingte Resultate, dass man dieselbe nirgends zur Bestimmung der Tauglichkeit der Einberufenen benutzt». Hieraus folgt, dass die Messungen der Körperlänge und des Brustumfanges, wie auch die Körperwägungen der Ausgedienten uns keinen Hinweis zu geben vermögen, welches Gewichtsminimum einen Rekruten zum Militärdienst tauglich macht; die Daten, die man bei denselben Ausgedienten bezüglich der Lungenthätigkeit und der Muskelkraft erhält, werden sich bei der Einberufung der Rekruten als vollkommen unbrauchbar erweisen.

Somit kann die Frage: welches muss das Minimum der physischen Entwickelung bei den Rekruten sein? nur durch Beobachtungen an Rekruten beantwortet werden.

Wenn man zahlreiche Messungen und Wägungen unternommen hat und die, mit Hülfe der Formel berechneten Zahlen mit der, nach der allgemeinen Besichtigung genau bestimmten Constitution vergleicht, so findet man leicht — welche Zahlen einer kräftigen, welche einer schwachen Con-

[6]) Руководство къ гигіенѣ 1875—77. Th. III, S. 635.
[7]) Ibidem S. 636.
[8]) Общедоступная гигіена для военныхъ 1881, S. 395.

stitution entsprechen etc. Die Zahlen, die einer schwachen Constitution entsprechen, werden also das Minimum der erforderlichen physischen Entwickelung darstellen. Zum Militärdienst, zur Ueberwindung aller seiner Schwierigkeiten, ist eine kräftige oder wenigstens mittlere Constitution erforderlich; daher werden alle, einer schwachen Constitution entsprechenden Zahlen, wie eben gesagt wurde, das gesuchte Minimum bilden. Die Aufgabe des Militärarztes wird die sein, die Annahme solcher Rekruten möglichst zu verhindern, bei denen die Messungen und Wägungen diese Zahlen ergeben haben.

Beim Durchsehen der Ziffern, die ich bei den Messungen der Rekruten vom Jahre 1888 erhalten habe, finde ich wieder, dass bei den von mir gebrauchten Maassen (Werschok und Pfund) das Verhältniss des Productes von Körperlänge und Brustumfang zum Gewicht für eine mittlere Constitution gleich 5 ist, oder 5 weniger 1 oder 2 Zehntel, für eine kräftige Constitution eine kleinere Zahl. Hieraus folgt, dass jedes Product von Körperlänge und Brustumfang, durch 5 dividirt, eine Zahl ergiebt, die, wenn das betreffende Individuum von mittlerer Constitution ist, mit dem factischen Gewicht übereinstimmt; mehr oder weniger grösser als das berechnete, ist das factische Gewicht, wenn die betreffende Constitution eine kräftige ist; kleiner ist es, wenn die betreffende Constitution eine schwache ist. Demnach erhalten wir, bei der Division des obigen Productes durch 5 eine Gewichtszahl, die einer mittleren Constitution entspricht; jede grössere Zahl weist auf stärkere Entwickelung der Extremitäten und zugleich auf eine kräftigere Constitution hin, wie das die tägliche Erfahrung auch lehrt.

So giebt denn meine Formel die Möglichkeit a priori zu berechnen: welches Gewicht Individuen von mittlerer Constitution, bei gegebener Körperlänge und Brustumfang, haben; welche Berechnung von mir auch gemacht worden ist [*]). Ein Gewicht, das um einige Pfund geringer ist, als das in der Tabelle angegebene, zeigt, dass die Constitution des gewogenen Subjects sich der schwachen nähert, und je geringer das Gewicht, um so schwächer die Constitution; und umgekehrt — ist das erhaltene Gewicht grösser, als das in der Tabelle angegebene, so zeigt dies, dass im gegebenen Falle das Subject eine kräftige Constitution hat, und je grösser das wirkliche Gewicht, um so kräftiger die Constitution.

*) St. Petersburger med. Wochenschr. 1886, № 21 und Русская Медицина 1886, № 24.

Referate.

Prof. H. Obersteiner: Cocain und Morphinismus. (Wiener Klinische Wochenschr., Jahrg. I, № 19.)

In Anbetracht der häufigen Anwendung, die das Cocain beim chronischen Morphinismus in der Abstinenzperiode findet, bespricht Verf. die Wirkung desselben auf den Organismus, besonders bei längerer Anwendung. In geringer Menge hat das Cocain eine stimulirende, anregende Wirkung und führt einen Zustand des Wohlbehagens, die Cocaineuphorie herbei; die individuelle Empfindlichkeit dem Cocain gegenüber ist eine sehr verschiedene. Es giebt Menschen, bei denen es nie zur Cocaineuphorie kommt; andererseits ist die Zeit, nach welcher eine chronische Cocainintoxication eintritt, eine sehr wechselnde. Verf. hat schon nach wenigen Tagen und nach Verbrauch von nur einigen Grammen innerhalb dieser Zeit Vergiftungserscheinungen gesehen. Körper und Geist leiden in gleicher Weise unter der Einwirkung des Cocains. In grösserer Menge oder innerhalb längerer Zeit gebraucht, übt das Letztere nicht nur auf das Nervensystem, sondern auch auf den Gesammtorganismus einen zerstörenden Einfluss. Es tritt rapider Verfall der Kräfte ein und kolossale Abmagerung. Die Erscheinungen von Seite der Psyche sind entweder gleichmässig anhaltend oder auch paroxysmenweise zunehmend, besonders bei jeder neuen Gabe des Cocains. Diese psychischen Symptome sind hauptsächlich: Angstgefühle, Wahnvorstellungen und Hallucinationen. Die oft sehr hochgradigen Angstzustände sind häufig im Zusammenhange mit Verfolgungsideen, als welche sich eben die Wahnvorstellungen meistens äussern; auch die Hallucinationen stehen in gewisser Beziehung zu den Angstgefühlen. Diese Hallucinationen betreffen in erster Linie den Gesichtssinn und das Gefühl, dann das Gehör; seltener sind Geschmacks- und Geruchstäuschungen. Meistens handelt es sich um Hallucinationen mit unangenehmem Inhalte. Schlaflosigkeit, Appetitmangel und Impotenz gehören auch zum Bilde des Cocainismus. Die Erscheinungen der Cocainabstinenz sind noch nicht genügend studirt; es müssen jedoch zwei Umstände betont werden, nämlich dass dieselben manchmal erst spät nach dem Aussetzen des Cocains auftreten (nach 14 Tagen und später) und dass sie oft viel hartnäckiger sind, als nach der Morphinentziehung, und Wochen, selbst Monate lang in nahezu derselben Intensität fortbestehen können. Das Verlangen nach Cocain wird entweder gar nicht oder in viel milderer Form geäussert, als dies bezüglich des Morphins zu geschehen pflegt. Auch in der Abstinenzperiode spielen Angstzustände, Wahnvorstellungen und Hallucinationen ähnlicher Art, wie während des Cocaingebrauches, eine grosse Rolle. Von besonderer Bedeutung sind aber die in der Cocainabstinenz auftretenden, auch von Erlenmeyer beobachteten, oft sehr heftigen Collapszustände. Bei den im Allgemeinen schon sehr schwachen und matten Patienten traten plötzlich Ohnmachtszustände ein. Die Wirkung des Cocains auf den Organismus ist eine zu tiefgreifende, als dass sich die Ernährung des Körpers nach dem Aussetzen des Mittels rasch heben könnte. Ungeachtet der oben erwähnten Gefahren, welche mit dem Gebrauch des Cocains verbunden sind, will Verf. die Cocainbehandlung beim chronischen Morphinismus doch nicht gänzlich vermieden wissen. Das Cocain hat nämlich keinen anderen Zweck, als die heftigsten Abstinenzerscheinungen in der Morphiumentwöhnung vorübergehend zu mildern. Um das Cocain ohne Gefahr und mit Vortheil anzuwenden, schlägt Verf. folgende Cautelen vor:

1) Zum Cocain darf erst dann gegriffen werden, wenn absolut kein Morphium mehr gereicht wird, und die Abstinenzerscheinungen am heftigsten zu werden beginnen, also 24—48 Stunden nach der letzten Morphingabe.

2) Das Cocain ist innerlich, nicht subcutan zu verabreichen; am besten eine wässerige Lösung mit Zusatz von etwas Salicylsäure, wodurch die sonst leicht schimmelnde Flüssigkeit sich viele Monate hindurch klar aufbewahren lässt.

3) Die Einzeldosis wähle man von 0,05—0,1, reiche dieselbe nach Bedarf mehrmals des Tages, überschreite aber eine Tagesdosis von 0,5 nicht.

4) Gehe man am 2. oder 3. Tage mit dem Tagesquantum rasch herunter und setze die Cocainbehandlung überhaupt nicht länger als 5—6 Tage fort. Sollten sich die geringsten Zeichen einer Intoxication zeigen, so muss selbstverständlich alsbald das Mittel gänzlich aufgegeben werden. —ss.

Haenel: Ein Fall von schwerer Cocainvergiftung. (Berl. klin. Wochenschr. № 44).

Ein Zahnarzt hatte einem 19-jährigen kräftigen, etwas chlorotischen Mädchen, das wegen heftiger Zahnschmerzen angeblich 2 Tage zuvor keine Nahrung zu sich genommen und 2 Nächte nicht geschlafen hatte, 0,1125 Cocain in 2 Portionen kurz nach einander unter das Zahnfleisch injicirt und den Zahn schmerzlos extrahirt. Gleich darauf wurde Pat. blass, fiel um, und es traten heftige, von kurzen Pausen begleitete Convulsionen auf. Amylnitrit und kalte Umschläge auf den Kopf blieben erfolglos. Verf. fand die Pat. völlig bewusstlos, auf keinen Reiz reagirend, stöhnend und mit leicht cyanotischem Gesicht. Der ganze Körper wurde von heftigen clonischen Krämpfen hin und her geworfen, welche mit allmälig länger und häufiger werdenden Pausen volle 5 Stunden andauerten. Die Gesichtsmusculatur war von den Krämpfen nicht betroffen. Die Temperatur 38,2, Puls anfangs nicht zu zählen, später 176, Athemfrequenz 44 in der Minute. Nach Aufhören der Krämpfe lag Pat. noch 2 Stunden ohne Besinnung. Als sie zu sich kam, konnte sie nicht aufstehen, brach aufgerichtet zusammen, konnte nur zusammengekauert sitzen, war unfähig die Arme zu heben und die dargereichte Hand zu drücken, hatte Lichtscheu, verminderte Sensibilität der Haut, Anästhesie der Schleimhäute der Nase und der Mundhöhle, völligen Verlust des Geruchs und Geschmacks, Trockenheit und Brennen im Halse, Durst und heftiges Würgen. Erst nach 40 Stunden konnte Pat. mit zitternden Knien gehen.

Früher war Pat. stets gesund gewesen und hatte niemals an Krämpfen gelitten.

Verf., der selbst sehr häufig das Cocain bei verschiedenen Operationen gebraucht hat, will die von Landerer auf 0,015 und von Decker auf 0,02 angegebene Maximaldosis auf 0,03 erhöhen; bei Pat. mit Herzfehlern und bei decrepiden Personen soll man überhaupt das Cocain subcutan garnicht anwenden. L—n.

Behring: Cadaverin, Jodoform und Eiterung. (D. med. W. № 32, 1888.)

In vorliegender Mittheilung bringt Behring den Beweis für die früher auf Grundlage seiner Studien auf diesem Gebiete aufgestellten Behauptungen, welche folgendermaassen lauteten: 1) Cadaverin kann ohne die Mitwirkung von Mikroorganismen Eiterung erzeugen. 2) Das Cadaverin und das Jodoform wirken derartig auf einander ein, dass beide Körper eine chemische Umsetzung erleiden. 3) Durch die chemische Einwirkung des Jodoforms auf das Cadaverin wird dem Letzteren seine eitererzeugende Fähigkeit genommen. 4) An dem Beispiel vom Cadaverin kann erkannt werden, wie das Jodoform Eiterung zu verhindern vermag, ohne eine desinficirende oder entwickelungshemmende Wirkung auf die Eiterbacterien auszuüben.

Verf. hat über das Jodoform viel gearbeitet und veröffentlicht, und ihm ist es zum grossen Theil zu danken, dass der empirisch festgestellten Jodoformwirksamkeit die theoretische Begründung geschaffen worden ist. Max Schmidt.

E. Krull: Die Heilung der Lungenschwindsucht durch Einathmung feuchtwarmer Luft von bestimmter, gleichbleibender Temperatur. (Berl. Kl. Wochensch. № 39 u. 40.)

Seit der Entdeckung der Koch'schen Bacillen hat man vielfach versucht, dieselben im Körper der Kranken zu vernichten oder unschädlich zu machen, doch ist das bis jetzt noch nicht gelungen. Auch die vielgerühmte Ernährungstherapie ermuthigt nicht gerade sehr zu Wiederholung derselben und doch ist man gezwungen auf eine der genannten Therapien zurückzukommen, weil man eben nichts Besseres hat. Verf. bekennt sich auch zur Ansicht, dass vornehmlich eine mangelhafte Ernährung der Lungen die Ansiedelung der pathogenen Pilze in denselben begünstigt und meint, man müsse vor allem bedacht sein die Ernährung der Lungen direct zu heben. Dieses will Verf. durch Einathmungen feuchtheisser Luft erzielen. Kommt solch' eine Luft in die Lunge, so werden die Blutgefässe derselben erweitert, es tritt mehr Blut in die Lunge, ohne dass das Herz überbürdet oder angestrengt wird. Da die Elasticität der Lungengefässe nicht alterirt wird, so muss auch der Abfluss des Blutes von der Lunge vermehrt werden. Durch diese vermehrte Zu- und Abfuhr von Blut muss der jedesmalige Effect einer Sitzung der sein, dass eine grössere Menge Sauerstoff aufgenommen und die vermehrte Kohlensäure ausgeschieden, der Stoffwechsel somit mächtig angeregt wird. Es kann so in der bereits ergriffenen Lunge der noch nicht erkrankte Theil gegen das weitere Vordringen der Bacillen widerstandsfähiger gemacht werden und es sind die Bedingungen geschaffen, den erkrankten Theil einerseits durch Resorptionsvorgänge zur Norm zurückzuführen, andererseits die Erkrankung durch Gefäss- resp. Bindegewebsneubildung zum Abschluss zu bringen. Dabei ist noch die Möglichkeit einer deletären Einwirkung von Seiten der heissen Luft auf die Lebensthätigkeit der Bacillen nicht ausgeschlossen. Verf. construirte sich einen Apparat zur Erzeugung von feuchtheisser Luft von gewünschter Temperatur und überzeugte sich von der Unschädlichkeit derselben an Gesunden. Darauf machte er sich daran Pat. mit Phthisis pulm. die feuchtheisse Luft einathmen zu lassen. Die Temperatur der eingeathmeten Luft betrug 43—46 °C. Jede Sitzung dauerte 30—40 Minuten, wobei der Pat. wie gewöhnlich athmen musste; täglich wurde eine Sitzung gehalten. Verf. erzielte bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen sehr zufriedenstellende Resultate, ja es wird sogar ein Fall von Heilung mitgetheilt. Wo seine Behandlung nicht im Stande war, den Lauf der Krankheit aufzuhalten, da erwies sich auch jede andere Cur als völlig hinfällig. Nutzlos war die Behandlung bei weit vorgeschrittener Phthisis, wo *Syphilis* vorhergegangen oder noch vorhanden war, oder wo die *Phthise* mit Albuminurie und Erscheinungen von Darmtuberculose complicirt war.

Am besten eignen sich für diese Behandlung die Anfangsstadien. Die Inhalationen dürfen nicht eher ausgesetzt werden bis man durch wiederholte Untersuchungen nach jeder Richtung hin die Ueberzeugung gewonnen hat, dass die Krankheit wirklich gehoben sei.

Hinsichtlich der Beschreibung des Apparats und der einzelnen Krankengeschichten müssen wir auf das Original verweisen. L—n.

v. Lessen: Zur Impftuberculose von der Haut aus. (D. med. W. № 29, 1888.

In № 10 der D. med. W. von diesem Jahre hat Steinthal den Fall einer Inoculations-Tuberkulose beschrieben; einen analogen veröffentlicht jetzt Lessen. Eine Waschfrau hatte einen kirschgrossen Tumor am Vorderarme, der exstirpirt wurde und sich als tuberculös erwies. Die Cubitaldrüsen geschwellt, in der rechten Lungenspitze spärliches Rasseln. Die Frau hatte ½ Jahr ihren phthisischen Gatten gepflegt und dessen Wäsche gewaschen. Die Infection haftete wohl in der durch das Waschen macerirten und vorbereiteten Haut. Aehnlich ist es mit den Leichentuberkeln, auch hier ist die andauernde Befeuchtung der Hände während der Sectionen das Entscheidende, fernerhin kann man beobachten, dass gerade belastete Personen in hervorragendem Maasse an Leichentuberkeln leiden. Die tuberculösen Knoten, die im Gesichte von Kindern, besonders an den Wangen sich vorfinden, bilden sich fast immer auf derjenigen Wange, welche dem Gesichte der Trägerin zugekehrt ist. Von keiner Stelle dringt das tuberculöse Virus so schwer in den Gesammtorganismus wie gerade von der allgemeinen Hautdecke. Auch wenn die nächstgelegenen Lymphdrüsen inficirt sind, kann das Gift dort Monate, Jahre, ja das ganze Leben ruhen bleiben, ohne den Körper zu inficiren. Gerade bei der Hauttuberculose ist der Unterschied zwischen der so zu sagen localen Giftigkeit der Tuberculose gegenüber der rasch im ganzen Organismus sich bethätigenden syphilitischen Infection am prägnantesten. Wahrscheinlich hängt die geringe Infectiosität der Hauttuberculose für den ganzen Organismus davon ab, dass eine gewisse Sonderung zwischen Lymph- und Blutbahnen besteht. Rasche Gesammtinfection stellt sich ein, wenn Traumen den Tuberkel treffen, oder aber wenn der Tuberkel durch Einwirkung phlogogener oder pyogener Stoffe zerfällt. Max Schmidt.

Prof. Bechterew und Docent Mislawski (Kasan): Ueber den Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelsecretion. (Med. Obosr. № 13.)

Zuerst besprechen Verff. die von Lépine und Bochefontaine 1875 und 1876 in dieser Richtung hin angestellten Versuche (cf. Arch. de physiol. norm. et. pathol.), welche durch ihre eignen bestätigt und in Bezug auf die Localisation erweitert werden. Am erregbarsten war bei curarisirten Hunden, denen in den Wharton'schen und Stenon'schen Gang Canülen eingelegt waren, durch nadelförmige Elektroden und Inductionsströme (Dubois-Reymond'scher Schlittenapparat) der oberhalb und nach vorn vom Sulcus Sylvii gelegene Abschnitt der vierten primären Windung, weniger erregbar der ganze vordere, nach vorn vom Sulcus cruciatus gelegene Theil des Gyrus sigmoideus, der hintere Theil desselben und die vorderen Abschnitte der 2. und 3. primären Windung. Unerregbar waren durch diese Reizung: die Parotis, der Stirnlappen (gegen Lépine und Bochefontaine) und die hinteren Abschnitte der Hemisphären. Die Speichelabsonderung war auf der gereizten Seite meist stärker, der Speichel selbst flüssig und dem nach Reizung der Chorda tympani ähnlich. Durchschneidung der letzteren hebt, wie Lépine und Bochefontaine schon gefunden hatten, die Speichelsecretion auf. Durchschneidung des Sympathicus blieb ohne Einfluss; Reizung dieses letzteren übt übrigens bei Hunden nur einen geringen Einfluss auf die Speichelsecretion aus. Hz.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Cornet (Berlin — Reichenhall): Experimentelle Untersuchungen über Tuberculose. Separatabdruck aus den Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. 1888.

Bekanntlich waren bisher alle Versuche, den Tuberkelbacillus ausserhalb des menschlichen oder thierischen Körpers nachzuweisen, gescheitert, und man war in der eigenthümlichen Lage, einerseits die Ubiquität desselben aus Gründen verschiedener Art zu behaupten, und andererseits diese Ubiquität nicht nachweisen zu können. Durch die während zweier Jahre im Koch'schen Laboratorium fortgesetzten Untersuchungen Cornet's ist dieser Lage ein Ende gemacht. Er hat seine Untersuchungen derart angestellt, dass mit einem sterilisirten kleinen Schwamme der Staub von den betreffenden Objecten, — Wand, Bett, Fussboden etc. abgerieben, der Schwamm in keimfreier Bouillon ausgedrückt und diese Bouillon dann Meerschweinchen injicirt wurde. Der Staub wurde solchen Stellen entnommen, die unmöglich durch directe Verunreinigung, — Anspucken, Anhusten etc. — inficirt sein konnten. Im Ganzen hat Cornet 388 Thiere mit 145 Staubsorten inficirt, und zwar 311 Thiere mit Staub aus von Phthisikern bewohnten Räumen; davon starben 167 Thiere bald nach der Infection, 59, also ⅕ aller geimpften Thiere waren, als sie getödtet wurden, tuberculös, 85 gesund. Von den 77 Thiere aber, welche mit Staub aus nicht suspecten Oertlichkeiten geimpft waren, starben 37 an anderen Krankheiten, und die übrigen 40 waren, als sie getödtet wurden, alle gesund.

Die Räumlichkeiten mit positivem Resultat waren mit Phthisikern belegte Krankensäle, 3 Irrenanstalten, Privatwohnungen von Phthisikern, ein Hôtelzimmer, in welchem eine schwindsüchtige Schauspielerin gelebt hatte, eine Werkstatt, wo ein phthisischer Schneider gearbeitet, der auch seinen vis-à-vis arbeitenden Gefährten fast unzweifelhaft inficirt hatte.

Negative Resultate gaben zwei Zellengefängnisse (Cornet hatte hier noch nicht die Methode mit dem Schwamm adoptirt, sondern rieb die Wand mit Brod ab, welches seine Keime der Bouillon wohl nicht leicht abgiebt), 2 Polikliniken, ein Waisenhaus mit vielen scrophulösen Kindern, ein Auditorium im pathologischen Institut, ein Operationssaal: 13 Staubproben aus den verkehrreichsten Strassen Berlins — die Hauswand wurde abgerieben — endlich die Wand am eigenen Arbeitsplatz im hygienischen Institut, wo er 2 Jahre ausschliesslich experimentelle Arbeiten über Tuberculose ausgeführt hatte, ergaben auch negatives Resultat. Ueberall, wo Bodenspucken und Spucken in's Taschentuch glaubhaft in Abrede gestellt wurden, war der Staub nicht virulent, und der Zusammenhang zwischen hygienischer Reinlichkeit und relativer oder absoluter Ungefährlichkeit des Phthisikers scheint ihm erwiesen.

Bei den Infectionen erwies es sich, dass immer die nächstgelegenen Lymphdrüsen ergriffen sind, man kann daraus auf den Ort der Infection zurückschliessen. Bacilläres Material auf die Conjunctiva gebracht, oder in die Nase eingerieben, oder in's Ohrläppchen geimpft, gab späte Allgemeininfection.

Wenn hochgradig tuberculösen Thieren ein Stück vom Uterus, ein Embryo, mit Placenta, Hoden sammt Sperma ohne Vorsichtsmaassregeln entnommen wird — Organe, an denen man makroskopisch nichts Tuberculöses entdecken kann — und diese Theile anderen Thieren unter die Bauchdecken gebracht wurden, so wurden sie ausnahmslos (16 Fälle) tuberculös. Wurde dagegen nur der Embryo ohne Placenta unter allen Cautelen entnommen, so rief ein derartiger Embryo keine Tuberculose hervor, selbst in 4 Fällen nicht, wo Uterus und Vagina durch Einspritzung von Reincultur direct inficirt und hochgradig tuberculös waren. Auch der Inhalt der Samenblasen ohne Hodensubstanz erwies sich, vorsichtig entnommen, als nicht infectiös.

Zum Schlusse hat Verf. noch eine Anzahl therapeutischer Versuche angestellt, indem er Mittel, die schon längere Zeit, oder auch erst neuerdings im Rufe eigentlicher Schwindsuchtsmittel stehen, in der höchsten zulässigen Dosis, die der Körper gerade noch erträgt, angewandt hat. Die Dosis war eine derartige, wie sie beim Menschen

nie angewandt werden kann. In dieser Weise wurden geprüft: Tannin, Plumb. acet., Knoblauchaufguss, Pinguin, Schwefelwasserstoff, Menthol, saure Sublimatlösung 1‰, Creolinlösung, Kreosot und konnte kein Mal eine Wirkung auf die Tuberculose der Thiere beobachtet werden.

Auch einen Versuch mit dem Höhenklima machte Cornet in folgender Weise: 6 Meerschweinchen inhalirten verstäubte Reincultur, 6 andere wurden subcutan geimpft und je 3 jeder Reihe wurden einerseits nach *Davos* geschickt, andererseits in *Berlin* belassen Alle 12 Thiere starben vom 19.—58. Tage nach der Impfung, ohne dass in der Zeit des Todeseintritts oder im pathologischen Bilde irgend eine Differenz zwischen den in Berlin und in Davos verpflegten sich ergeben hätte. Max Schmidt.

Prof. Max Schüller (Berlin): Die Pathologie und Therapie der Gelenkentzündungen. Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg. 8°. 93 pag.

Die vorliegende Monographie ist im Wesentlichen ein Abdruck aus der Eulenburg'schen Real-Encyclopädie. Dieselbe giebt den neuesten Standpunct der namentlich auf dem ätiologischen Gebiet bekanntlich in den letzten Jahren rapid fortgeschrittenen Lehre von den Gelenkentzündungen. Für den Praktiker gewinnt dieselbe eine hervorragende Brauchbarkeit dadurch, dass die Eintheilung des Stoffes und die Schilderung der Krankheitsbilder von klinischen Gesichtspuncten beherrscht werden. Verf. unterscheidet folgende Arten von Gelenkentzündungen: 1) die einfache acute seröse; 2) die einfache chronische seröse (Hydarthron); 3) die eitrige; 4) die metastatische; 5) die rheumatischen und zwar: a) den acuten, b) den chronischen monoarticulären und c) den chronischen polyarticulären Gelenkrheumatismus; 6) die senile; 7) die deformirende; 8) die gichtische: a) acute und b) chronische; 9) die syphilitischen Gelenkentzündungen: a) in der secundären, b) in der tertiären Periode und c) bei hereditärer Syphilis; 10) die tuberculösen und endlich 11) die neuropathischen Gelenkentzündungen. In einer Reihe von Capiteln finden die pathologische Anatomie, Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung dieser Processe eine kurze und gute Besprechung; und zum Schlusse ist ein ausführliches, $7\frac{1}{2}$ Seiten feinsten Druckes umfassendes Literaturverzeichniss beigefügt.

Wir können das Werk nur warm empfehlen. G.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung den 26. Mai 1888.

1. Dr. Dombrowski stellt 3 Kranke vor, an denen er wegen Krebs die Totalexstirpation der Zunge nach der Langenbeck-schen Methode mit der seitlichen Durchsägung des Kiefers ausgeführt hat.

Der erste der Patienten ist schon vor 3 Jahren 5 Monaten, nachdem er operirt worden, dem Verein vorgestellt worden und konnte damals neben einem sehr günstigen Wundverlauf auch eine sehr geringe Functionsstörung trotz Mangels der ganzen Zunge constatirt werden. Seit der Zeit hat sich der Mangel dieses Organs noch weniger fühlbar gemacht, da Pat. durch fortgesetzte Uebung den Boden der Mundhöhle soweit beweglich gemacht hat, dass er ihn bis vor die Schneidezähne bringen kann. Die Sprache ist vollständig deutlich; sämmtliche Vocale und Consonanten, mit Ausnahme des k, das etwas aspirirt klingt, werden deutlich ausgesprochen. Der Kau- und Schlingact werden in ganz normaler Weise ausgeführt Der Allgemeinzustand des Pat. hat sich wesentlich gebessert und ist von einem Recidive jetzt $3\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation nichts zu sehen.

Der zweite Pat. ist schon vorher anderweitig operirt worden und ist von D. wegen eines Recidivs an der Zunge am 12. Nov. 1887 operirt worden. Obgleich mit der Zunge auch die Drüsen an beiden Seiten des Halses entfernt worden, so traten doch 2 Monate nach der Operation Recidive in den tiefen Jugulardrüsen auf. Da trotz Exstirpation der Drüsen an der einen Seite des Halses mit gleichzeitiger Resection der Art. carotis com. und Vena jugul. com. in kurzer Zeit an derselben Stelle wieder Krebswucherungen auftraten, so wird jetzt von einer Operation an der anderen Seite des Halses Abstand genommen.

Der 3. Pat. ist vor 3 Wochen operirt worden. Auch an diesem Pat. ist die Totalexstirpation der Zunge mit Ausräumung der Drüsen an beiden Seiten des Halses ausgeführt worden, obgleich hier noch keine infiltrirten Drüsen fühlbar waren. Die mikroskop. Untersuchung der exstirpirten Drüsen von Dr. de la Croix ausgeführt, hat nun ergeben, dass selbst in den kleinsten Drüsen Krebsnester zu finden waren.

Im Anschluss an diese 3 Fälle schlägt D. vor, in jedem Fall von Zungencarcinom die ganze Zunge mit den Drüsen an beiden Seiten des Halses zu entfernen, da wir durch ein solches radicales Vorgehen unsere Patienten am sichersten vor Recidiven schützen werden und andererseits die Functionen der Zunge nach vollständiger Exstirpation des Organes nicht mehr gestört sind, als nach partieller, wenn nur der Boden der Mundhöhle erhalten werden kann. (Die Mittheilung ist zur Veröffentlichung bestimmt).

Discussion: Dr. Anders fragt, ob Dombrowski in jedem Falle die totale Exstirpation der Zunge bei Krebs verlange, oder ob er auch partielle Excision für zulässig erachte.

Dr. Dombrowski betont entschieden, dass auch in frühen Stadien entschieden die Zunge total zu excidiren sei, da sonst leicht Recidive auftreten, vom Stumpfe aus. Leider fehle bisher eine Statistik der totalen Zungenexstirpation, denn in der Dissertation Schöpfer's (1866) wurden zur Totalexcision noch solche Fälle gerechnet, wo nur $\frac{3}{4}$ der Zunge exstirpirt. Je weniger von der Zunge nachgelassen wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit eines Recidives.

Dr. Tiling bemerkt hierzu, es scheine ihm doch eine zu energische Forderung, in jedem Falle die ganze Zunge wegzunehmen, denn jeder kleinste Theil der Zunge, den man erhalten könne, sei für den Pat. von grossem Werthe. Bei dieser Gelegenheit erinnere er sich eines 70-jährigen Pat., dem Prof. Monastyrski $^{2}/_{3}$ der Zunge wegen Carcinom amputirt und der erst nach 2 Jahren ein Recidiv bekam, in der Zwischenzeit aber recht gut gesprochen habe, was nicht möglich gewesen, wenn Totalexstirpation vorhergegangen wäre.

Dr. Dombrowski betont diesem gegenüber entschieden, dass partielle Exstirpation keine guten Resultate giebt.

Was die nachträgliche Function der Sprache anbetrifft, so müsse man 2 Stadien unterscheiden:

1) So lange der M. genioglossus noch nicht geübt, sind Sprechen und Schlucken schlecht.

2) Ist der betreffende Muskel geübt, so geschieht Beides bedeutend besser. Elektricität kann dazu viel beitragen.

Entgegen einer Bemerkung des Dr. Anders, die Billroth-sche Methode erleichtere besonders den Zugang zu den tiefer liegenden Drüsen und sei überhaupt schonender als die von D. geübte, bemerkt Dombrowski, der Billroth'sche Schnitt sei allerdings sehr gut bezüglich der Drüsen, er habe aber einen ernsten Nachtheil. Die Muskeln werden vom Unterkiefer abgeschoben, sie können nachher freilich wieder anheilen, es kann aber auch das Gegentheil eintreten und dann trete Functionsunfähigkeit des Mundhöhlenbodens ein, wie das ja Billroth selbst erlebt habe.

2. Dr. Anders demonstrirt 2 Patienten, an denen er die Resection des Hüftgelenkes ausgeführt hat.

Der erste Fall betrifft einen 11-jährigen Knaben, dem A. vor 4 Jahren die Hüfte resecirte. Pat. erkrankte bald nach überstandenem Typhus an Coxitis. Spaltung des Troch. maj., Resection des Cap. fem., Exstirpation der fungösen Synovialis, Ausräumung der cariösen Pfanne. Ungestörter Wundverlauf. Nach einem halben Jahre Evidement einer neuentstandenen Fistel. Hiernach definitive Heilung. Zur Zeit zeigt Pat. eine vorzügliche Functionsfähigkeit des Gelenkes. Die Excursionen desselben stehen den normalen in keiner Weise nach. Mittelst festen narbigen Stranges ist das obere Ende des Femur an das Becken geheftet. Pat. geht ohne Stütze weite Strecken ungehindert. Die Verkürzung der Extremität beträgt 4 Ctm.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 5-jährigen Knaben, dem A. vor 6 Wochen die Hüfte resecirte. Weite Zerstörungen am Becken. Exstirpationsmässige Entfernung eines ausgedehnten periarticulären Abscesses. Seit dem ersten Verbandwechsel mehrmals wöchentlich systematische Anwendung von Jodinjectionen durch die Drains in die Wunde, nach dem Vorgange von Selenkow. Ungestörter Wundverlauf. Zur Zeit vollständige Verheilung. Pat. geht auf Krücken.

Dr. Anders demonstrirt weiter ein paar Präparate, welche er nach Amputation beider Unterschenkel in Folge von Erfrierung an einer 30-jährigen Pat. gewann. Vorher hatte eine spontane Abstossung der brandigen Gliedmaassen stattgefunden und Naturheilung, woraus ein paar nicht brauchbare Amputationsstümpfe resultirten. Die Unterschenkelknochen prominirten stark, es exulcerirte die gespannte Narbe über den Knochen wiederholt. Von Interesse war es, dass A. während der Amputation auf keine spritzende Arterie stiess, da die vorhergegangene spontane Amputation eine Verödung der Gefässe zur Folge hatte. Prima intentio an beiden Extremitäten. Pat. geht zur Zeit mittelst künstlicher Beine auf den neugeformten Stümpfen mit grosser Leichtigkeit.

Secretär: Dr. O. Petersen.

Vermischtes.

— Wie unseren Lesern erinnerlich, wurde Dr. Reimann in Kiew vom Gericht auf eine diesbezügliche Klage hin wegen Verweigerung ärztlicher Hülfe schuldig gesprochen und zu 50 Rbl. Strafe (resp. 10 Tagen Gefängniss) verurtheilt, obgleich die Experten erklärten, dass Dr. R. alle unter diesen Umständen mögliche Hülfe geleistet habe, und die Medicinalabtheilung der Gouvernementsbehörde ihr Gutachten dahin abgegeben, dass die Anklage gegen Dr. R. vollkommen unbegründet wäre. Neuerdings ist nun die von Dr. R. gegen dieses Urtheil beim dirig. Senat eingereichte Appellationsklage abschlägig beschieden und zwar, wie wir aus der uns vorliegenden Entscheidung ersehen, aus rein formellen Gründen. Wir müssen das hier öffentlich constatiren, um den Collegen von dem Verdachte zu befreien, es habe auch der Senat jenes Urtheil als berechtigt anerkannt, umsomehr als ihm jetzt jeder weitere Klageweg abgeschnitten ist. — — Wir bedauern es aufrichtig, dass Dr. R. in Folge unzweckmässiger Leitung seiner Sache beim Senat nicht durchgedrungen ist, noch mehr allerdings, dass es überhaupt zu seiner Verurtheilung trotz des zu seinen Gunsten lautenden Gutachten der Experten und der Medicinalabtheilung der Gouvernementsbehörde hat kommen können. Wir wüssten nicht, was denn sonst noch zum Erweise der Schuldlosigkeit eines Arztes bei solch' einer Klage nöthig wäre. — — Auch dieser



Fall scheint uns wieder dringend für die Bildung eines Rechtsschutzverbandes der Aerzte zu sprechen. Es muss ein Institut geschaffen werden, das die Aerzte gegen die Missbräuche und Angriffe seitens des Publicums schützt und sich die Regelung der Stellung der Aerzte zum Publicum angelegen sein lässt. Wir hoffen und erwarten, dass diese so ungemein wichtige Frage auf dem Congresse im Januar wieder zur Sprache kommen und dieses Mal ihre Lösung finden wird.

— Wie verlautet, ist *zum Director des Medicinaldepartements* beim Ministerium des Innern der bisherige Vicedirector dieses Departements, wirkl. Staatsrath Dr. Jerussalimski ernannt worden.

— Der Professor der Zoologie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Ed. Brandt und der Professor-Adjunct für Ohrenheilkunde an dieser Academie, wirkl. Staatsrath Dr. A. Prussak, sind nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist *auf weitere 5 Jahre wiedergewählt* worden.

— Professor Metschnikow tritt von der Leitung der bacteriologischen Station in Odessa zurück.

— Die *Gesammtzahl der Studirenden an der Universität Kasan* betrug am 1. November d. J. 781 (133 weniger als im vorigen Lehrjahre), von denen 395 der medicinischen Facultät angehören. Im Jahre 1887 hat die med. Facultät die Arztwürde — 49 Personen und den Doctorgrad nur 1 Person verliehen.

— An der militär-medicinischen Academie sind vor Kurzem die Examina zur Erlangung der Arztwürde beendigt. Im Ganzen unterzogen sich der Prüfung 68 Studirende des letzten Cursus, von denen 33 dieselbe cum eximia laude bestanden haben.

— *Verstorben*: 1) Am 18. November in Riga der dortige Kreisarzt, Dr. Johannes Hollander, im 58. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Sohn des bekannten Directors der Erziehungsanstalt in Birkenruh (bei Wenden), erhielt seine Schulbildung in der Anstalt seines Vaters und bezog im J. 1850 die Universität Dorpat, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Nach Absolvirung seiner Studien in Dorpat und nachdem er längere Zeit hindurch als Assistent an der Dorpater geburtshülflichen Klinik fungirt, studirte H. behufs weiterer Vervollkommnung auf mehreren ausländischen Universitäten und liess sich dann i. J. 1861 als freipracticirender Arzt in Wenden nieder. Bereits im nächsten Jahre siedelte er jedoch nach Riga über, wo er bis zu seinem Lebensende thätig und sowohl als Arzt wie als Mensch von seinen Mitbürgern hochgeschätzt war. 2) Der Oberarzt des Militärlazareths in Botlich (Daghestan-Gebiet) N. Litwinow. 3) In Jalta der Prosectorgehülfe an der Moskauer Universität, Al. Nadeshdin, an der Lungenschwindsucht. 4) In Kromy der Landschaftsarzt Joseph Wiltschinski an Apoplexie. Der Verstorbene, welcher seit 10 Jahren dem örtlichen Krankenhause vorstand, erfreute sich grosser Beliebtheit unter der Bevölkerung. 5) In Cincinnati der Professor der Ohrenheilkunde am Medicinal-College, Dr. E. Williams. 6) Am 23. November n. St. in München Dr. Graf, ehemaliger Redacteur des «Aerztlichen Intelligenzblattes», welches jetzt unter dem Titel «Münchener medicinische Wochenschrift» erscheint. 7) Am 21. Novemb. in Riga Dr. Friedrich August von Haken, im 55. Lebensjahre. — Geboren am 18. Dec. 1833, besuchte H. das Rigasche Gouvernements-Gymnasium, das er 1855 absolvirte, worauf er in Dorpat bis 1861 Medicin studirte. Nach Beendigung seines Studiums ging er behufs weiterer Ausbildung nach Berlin, Wien und Prag. Seine tüchtigen wissenschaftlichen Arbeiten verschafften ihm einen Ruf als Professor der Chirurgie nach Charkow (1863), den er jedoch ablehnte, um sich in seiner Vaterstadt als praktischer Arzt niederzulassen. Daselbst war er bis an sein Ende ununterbrochen thätig in hingebender, unermüdlicher Arbeit; er hatte sich bald den Ruf eines ausgezeichneten Chirurgen erworben und stand als solcher bis zuletzt in hohem Ansehen. Als Mensch war er nicht weniger geschätzt und hat als Director der Hausarmenpflege im Armendirectorium, wie als Vicepräses des Curatoriums des «Rothen Kreuzes» sich auch sonst als der warmfühlende aufopfernde Menschenfreund erweisen können, als welchen ihn seine Kranken kannten und verehrten. (Nach «Rig. Zeitung».)

— Am 19. November fand die *erste Sitzung der neugebildeten Russischen medicinischen Gesellschaft bei der Warschauer Universität* statt. Zum Präsidenten der Gesellschaft wurde Prof. Tschaussow, zum Vicepräsidenten Prof. Jefremowski, zum Secretär der Arzt am Ujasdowschen Militärhospital Ssanozki, zum Cassirer und Bibliothekar Prof. Laptschinski und zu Gliedern der Redactionscommission Prof. Lukjanow und der Prosector Troizki gewählt.

— In der № 15 unserer Wochenschr. berichteten wir über den von der Generalversammlung der medicinischen Unterstützungscasse gefassten Beschluss, ein «*Capital auf den Namen J. A. Tschisstowitsch zu wohlthätigen Zwecken*» bei der medicinischen Haupt-Unterstützungscasse zu bilden. Wie wir dem „Wratsch" entnehmen, sind die Statuten dieser Gründung bestätigt worden und lauten folgendermaassen:

1) Das Capital auf den Namen J. A. Tschisstowitsch wird gebildet: a) aus der Summe im Betrage von 11,217 Rbl. 45 Kop., welche nach Aufhebung des zeitweiligen Curatoriums für die Familien der im Kriege 1877—78 gestorbenen Aerzte nachgeblieben ist; b) aus freiwilligen Spenden und c) aus den Zinsen, welche von diesen beiden Summen einfliessen. 2) ³/₄ der jährlichen Zinsen dieses Capitals werden zu einmaligen Unterstützungen verwandt, während ¹/₄ dieser Zinsen zum unantastbaren Capital geschlagen wird. 3) Ein Anrecht auf Unterstützung haben: a) die Theilhaber der medicinischen Unterstützungscasse und deren Familien und b) Aerzte, welche im Kriege von 1877—1878 gelitten haben und deren Familien, sowie die Familien der in diesem Kriege gefallenen Aerzte. 4) Die Auswahl der Personen, welchen eine einmalige Unterstützung auszureichen ist, sowie die Zeitbestimmung zur Ausreichung der Unterstützung wird den Comitégliedern der Haupt-Unterstützungscasse überlassen, wobei nach Stimmenmehrheit zu entscheiden ist. Die Zinsen des vom Curatorium übergebenen Capitals werden vorzugsweise zur Unterstützung der Aerzte, welche im Kriege von 1877—1878 gelitten haben und der Familien von Aerzten, welche in diesem Kriege ihr Leben eingebüsst haben, verwandt. 5) Personen, welche eine Unterstützung von den Zinsen des auf den Namen J. A. Tschisstowitsch gestifteten Capitals erhalten, haben kein Anrecht auf eine zweite Unterstützung aus denselben Mitteln in einem und demselben Jahre. 6) Der Rest von den ³/₄ der Zinsen, welcher nicht zu Unterstützungen verwandt worden, wird in der zweiten Hälfte des December-Monats zu dem unantastbaren Capital J. A. Tschisstowitsch's hinzugeschlagen. 7) Falls eine Abänderung oder Ergänzung dieser Statuten nothwendig werden sollte, hat das Comité der von J. A. Tschisstowitsch gegründeten medicinischen Unterstützungscasse die hiezu erforderlichen Schritte bei dem Ministerium des Innern zu thun.

— Der erste Assistent des hygienischen Instituts in München, Docent Dr. R. Emmerich, ist zum ausserordentlichen Professor daselbst ernannt worden.

— Der Professor der Hygiene in Prag, Dr. J. Soyka, hat auf der Brüsseler Ausstellung für sein bacteriologisches Museum *den ersten Preis* erhalten.

— Wie zu erwarten war, ergreifen allmälig immer mehr hervorragende Aerzte, wie auch die medicinischen Pressorgane der verschiedensten Länder Partei gegen Mackenzie. Bekanntlich hat letzterer es für passend erachtet, zur Bekräftigung seiner Behauptung, Prof. v. Bergmann sei Kaiser *Friedrich* missliebig gewesen, das Autograph des kranken Kaisers («Bergmann ill-treated me») im «British Medical Journal», dem officiellen Organe der «British Medical Association», welches Mackenzie ja auch während der Krankheit des Kaisers zu seinen unwahren Berichten benutzte, zu veröffentlichen. Gegen diese Veröffentlichung Mackenzie's sind nun neuerdings 68 der hervorragendsten Aerzte Englands, darunter Männer wie Lister, Paget, Mac Cormac, Pavy, Playfair, Stokes, Bennett etc. aufgetreten mit einer Erklärung, in welcher sie die Veröffentlichung des obenerwähnten Autographs als eine Verletzung der berufsmässigen Discretion und ihr Erscheinen im «British Med. Journal» als einen Schimpf für den ärztlichen Stand Englands bezeichnen. Der Wortlaut dieses an das Präsidium der «British Med. Association» gerichteten Schreibens lautet in der Uebersetzung folgendermaassen:

«Die unterzeichneten und noch andere Mitglieder der «British Medical Association» erlauben sich die Aufmerksamkeit des Präsidenten und des Ausschusses auf die Publication des Facsimile einer Handschrift des verstorbenen Kaisers *Friedrich* von Deutschland in № 1450 des Journals der Gesellschaft zu lenken, die sich auf die Behandlungsweise eines seiner Aerzte bezieht. Die Veröffentlichung dieses Documents betrachten die Unterzeichneten als eine Verletzung der ärztlichen Discretion und dessen Erscheinen im «British Medical Journal» als einen den ärztlichen Stand dieses Landes discreditirenden Act. Daher richten dieselben an den Präsidenten und den Ausschuss das Ersuchen, unverzüglich die nöthigen Schritte einzuleiten, die geeignet wären, die Gesellschaft und den ärztlichen Stand von dem ihnen in Folge dieser Angelegenheit anhaftenden Makel zu befreien».

— Londoner Blätter melden, Sir William Jenner, *der Leibarzt der Königin Victoria*, habe seinen Austritt aus der British Medical Association angezeigt.

— Die Veröffentlichung der von Dr. Kassim Izzedin Efendi angefertigten *Uebersetzung der Broschüre Mackenzie's über die Krankheit Kaiser Friedrich's* ist von dem Pressbüreau in Constantinopel *verboten* worden.

— Wie wir seiner Zeit berichtet haben, ist im Staate New-York beschlossen worden, mit dem Beginn des nächsten Jahres die *Hinrichtungen mittelst Elektricität* zu vollziehen. Die Gesellschaft für gerichtliche Medicin in New-Nork hat nun ein Gutachten verfasst, in welchem sie folgenden Modus für diese Hinrichtungen empfiehlt: Der Delinquent ist auf einen Stuhl zu binden, der an einem dicken mit Gummi überzogenen Tisch befestigt ist. Die eine Elektrode ist so anzubringen, dass sie den elektrischen Strom auf das Rückgrat zwischen den Schultern leitet. Der Kopf sollte durch eine Art Helm an den Stuhl angeschlossen werden und an diesen Helm wird die andere Elektrode angeschraubt. In einem Nebenzimmer befindet sich die Dynamomaschine. Die Elektroden sollten von Metall sein und nicht über einen Zoll im Durchmesser haben, oval mit Schwamm oder Leder überzogen sein. Die Pole und Haut und Haar des Delinquenten sind an den Berührungsstellen mit warmem Wasser anzufeuchten. Das Haupthaar ist abzuschneiden. Die den Strom erzeugende Dynamomaschine sollte wenigstens 3000 Voltas geben. Ein ununterbrochener Strom ist vorzuziehen; derselbe braucht jedoch nur 30 Secunden zu wirken.

— Der «Deutsche Reichsanzeiger» bringt folgende auf amtlichen Ermittelungen beruhende *Angaben über die Ausbreitung der Tollwuth in Preussen*: In den 3 Jahren vom 1. April 1884 bis zum 1. April 1887 sind 1064 an Tollwuth erkrankte, 1930 herrenlose wuthverdächtige und 1754 mit tollkranken in Berührung gewesene Hunde getödtet. Von den an Tollwuth erkrankten Hunden entfiel die bei weitem grösste Zahl auf einige östliche Provinzen, nämlich 27,5 % auf Posen, 21,6 % auf Ostpreussen und 18,0 % auf Schlesien, während auf Brandenburg inclusive Berlin nur 3,2 %, auf Sachsen und Schleswig-Holstein 0,7 und auf Hessen-Nassau 0, 4 % kamen. Man nimmt an, dass das Ueberwiegen der Krankheit in den östlichen Provinzen theils auf Einschleppung aus Russland, theils auf das Halten vieler schlecht gepflegter, wenig beaufsichtigter Hunde zurückzuführen ist. Ferner sind an Tollwuth erkrankt und gefallen, respective getödtet: 23 Pferde, 348 Rinder, 80 Schafe und 52 Schweine. Menschen sind an Wasserscheu 6 gestorben, nämlich 2 im Jahre 1885—1886 und 4 im Jahre 1886—1887. — Es ist in Preussen, wie überhaupt in Deutschland, das so seltene Vorkommen der Tollwuth bei Menschen der strengen Handhabung der polizeilichen Maasregeln bezüglich der Hunde zu verdanken.

— Anstatt der Glycerinklystiere werden von der Fabrik Dietrich Helfenberg (Dresden) nach folgender Vorschrift *Glycerinsuppositorien* angefertigt. 10 Theile besonders harter dialysirter Stearinseife werden in heissem Wasser gelöst, die Lösung mit 90 Theilen reinen Glycerins vermischt, im Dampftrichter filtrirt, das Filtrat auf 100 Theile eingedampft und in Suppositorienformen ausgegossen. Jedes einzelne Zäpfchen enthält je nach der Grösse 1,5 und 2,5 Glycerin. (Therap. Monatsh. 7.) Hz.

Berichtigung. In № 46, pag. 395, Sp. 1, Z. 44 von oben lies „Gram" statt „Gramme". Pag. 396, Sp. 2, Z. 19 von oben lies „individuell" statt „constitutionell".

Vacanz.

— Von der Landschaft des Kreises *Bugulma* (Gouv. Ssamara) werden *drei Aerzte* gesucht für die ambulatorische Behandlung der Kranken in drei Bezirken dieses Kreises. Gehalt 1000 Rbl. jährlich bei freien Fahrten. Jeder dieser Aerzte hat seinen Wohnsitz in seinem Rayon und muss an den Markttagen die von dem Landschaftsamt zu bezeichnenden Puncte und grösseren Dörfer besuchen, um den Kranken ärztlichen Beistand zu leisten. Die Meldung geschieht bei der „Бугульминская Уѣздная Земская Управа".

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren		Todtgeboren	Gestorben	
			Summa	Auf 1000 Einw.		Summa	Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	4—10. Nov.	2770	33,6	—	1520	18,5
Paris	2 260 945	4—10. Nov.	1174	27,0	75	956	22,0
Brüssel	181 270	28. Oct.—3. Nov.	111	31,8	9	75	21,5
Stockholm	221 549	28. Oct.—3. Nov.	132	30,9	6	70	16,4
Kopenhagen	300 000	7—13. Nov.	191	33,1	8	111	19,2
Berlin	1 414 980	4—10. Nov.	882	32,4	27	535	19,7
Wien	800 889	4—10. Nov.	494	32,0	40	359	23,8
Pest	442 787	28. Oct.—3. Nov.	306	35,9	22	218	25,6
Warschau	444 814	4—10. Nov.	321	37,5	19	213	24,8
Odessa	268 000	4—10. Nov.	—	—	3	135	26,2
St. Petersburg	**861 303**	**11.—17. Nov.**	**528**	**31,1**	**23**	**381**	**23,0**

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 6. December 1888.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge und der Abonnements auf die «St. Petersb. Medicinische Wochenschrift».

Dieser Nr. liegt bei ein Prospect, betr. Новости Терапіи.

Дозв. ценз. Спб. 25. Ноября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типорафія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12

XIII. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. WAHL, Dorpat. Dr. Th. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 49. St. Petersburg, 3. (15) December 1888.

Haematometra lateralis. Wiederholte Laparotomie. Etablirung einer Uterus-Bauchdecken-Fistel.

Von
Prof. Dr. E. Bidder.

Aus einer Reihe von Laparotomien, die ich nächstens in Kürze zu veröffentlichen gedenke, erlaube ich mir folgenden Fall ausführlicher zu erzählen, da derselbe jedenfalls ein seltenes Vorkommniss, vielleicht einzig in seiner Art ist.

K. Kr..., gegenwärtig 34 Jahre alt, Tochter eines Kaufmanns, unverheirathet, hat ihre ersten Regeln mit 13 Jahren bekommen; dieselben wiederholten sich regelmässig, nach 26 Tagen, dauerten 6 Tage und waren immer von Schmerzen begleitet, die am ersten Tage so heftig auftraten, dass sie Erbrechen verursachten. Diese Schmerzen haben Pat. vor jetzt 9 Jahren zum Arzt getrieben, der eine Geschwulst des Uterus constatirte. Weitere Aufmerksamkeit wurde der Sache aber nicht geschenkt, bis Pat. vor 4 Jahren ausser heftigen Schmerzen, die auch in der Menopause fortdauerten, eine wachsende Vergrösserung des Unterleibes bemerkte. Sie wurde mir dann im October 1885 vom behandelnden Arzte, Herrn Dr. A. Geschwend, behufs Operation präsentirt und am 6. November in das klinische Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna aufgenommen.

Status praesens: Grosse, kräftig gebaute, wohlgenährte Person, die, abgesehen vom Unterleibe, an keinerlei Organerkrankungen oder Functionsstörungen leidet. Der Unterleib ist vergrössert, die Bauchdecken dick und gespannt, durch dieselben ist ein Tumor zu fühlen, dessen obere Grenze den Nabel um 12 Ctm., die Symphyse um 30 Ctm. überragt. Der Umfang des Leibes in Nabelhöhe beträgt 86 Ctm. Der Tumor hat eine glatte Oberfläche, länglich ovale Form, verschmälert sich nach unten hin etwas und geht so in die Beckenhöhle hinein. Einzelne Gegenden der Geschwulst ragen etwas über die Oberfläche vor, so dass sie leicht buckelig erscheint; ihre Consistenz ist derb. Die Beweglichkeit des Tumors nach rechts und links ist ziemlich ausgiebig, nach oben und unten fast Null. Innere Untersuchung: Hymen unverletzt, lässt aber den Finger leicht durch; Vagina eng und lang; Vaginalportion lang, conisch, verdickt sich nach oben hin etwas und scheint unmittelbar in den oben beschriebenen Tumor überzugehen, dessen Bewegungen sie leicht folgt. Hoch oben im vorderen Scheidengewölbe etwas nach rechts ist ein Theil des Tumors zu erreichen, der mit der rechten und der vorderen Fläche des Uterus ohne Grenze verbunden ist. Die Sonde geht ziemlich leicht in gewöhnlicher Richtung, vielleicht etwas mehr nach hinten, 7—8 Ctm. tief in den Uterus hinein und lässt sich nirgends durchfühlen.

Die Eigenschaften der Geschwulst, die normale Länge des Uterus, das Fehlen von Meno- oder Metrorrhagien, die Schmerzen und die lange Dauer des Krankheitsprocesses liessen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf ein subseröses, multiples Fibrom des Uterus stellen. Die unerträglichen Leiden der Pat. indicirten die Operation, die am 12. November 1885 vorgenommen wurde.

Der Bauchschnitt wurde gleich gross angelegt, bis 3 Finger breit über den Nabel. Nach Eröffnung des Bauchfells präsentirte sich nicht gleich die Oberfläche des Tumors, sondern eine grosse Dünndarmschlinge, die mit schön ausgebreitetem Mesenterium fest dem Tumor anhaftete und durch eine grosse Menge doppelter Ligaturen abgelöst werden musste. Die jetzt frei liegende Geschwulst war aber nicht derb, sondern ein Sack mit sehr dicken Wänden. Sie

war so wenig beweglich, dass sich nur ein etwa zwei Fäuste grosser Abschnitt derselben in den Bauchschnitt hineindrängen liess. Die Wand wurde mit dem Messer gespalten, worauf sich eine dicke, rothbraune, theerartige Flüssigkeit entleerte, die scheinbar nur aus eingedicktem Blute bestand. Es flossen etwa 3 Gläser voll Flüssigkeit aus, der Rest wurde aus dem Sack herausgewaschen. Aber auch nach der Entleerung gelang es nicht den Sack vorzuziehen, nicht einmal das Hinderniss konnte näher bestimmt werden, weil die ganze untere Hälfte der Geschwulst umgeben war von einem Kranze von Darmschlingen, die sowohl mit ihr, als mit den Beckenwänden fest verbunden waren, so dass man z. B. nicht einmal in den Douglas'schen Raum gelangen konnte. Die Beziehungen der Geschwulst zu den Nachbarorganen blieben daher natürlich auch unaufgeklärt. Es blieb somit nichts übrig, als den oberen Theil des Sackes abzuschneiden, wobei recht grosse Gefässe durchschnitten wurden und stark bluteten, und seine Ränder in die Bauchwunde einzunähen. Die Höhle wurde mit Jodoformmarly tamponirt.

Der weitere Verlauf bot wenig Besonderheiten. Am 4. Tage eine Nachblutung aus dem Wundrande, die nach Verbandwechsel stand; vom 8. bis 12 Tage etwas Fieber in Folge phlegmonöser Röthung einer Stelle des Wundrandes. Die Höhle des Sackes zieht sich immer mehr zusammen. Am 18. December Menstruation, wobei sich am ersten Tage etwas Blut aus der Wunde zeigt. Bald darauf schliesst sich die Wunde ganz. Bei der Untersuchung lässt sich jetzt der sehr wenig bewegliche Uterus so ziemlich umgrenzen, geht aber nach rechts hin in eine härtere Masse über, die sich bis an die Beckenwand erstreckt, — der geschrumpfte Sack, plus Adhäsionen. Von der Oberfläche dieser Masse geht ein derber, sich nach oben verdünnender Strang bis zur Bauchnarbe hin. Ausserdem hat sich, offenbar weil der Raum im Becken freier geworden, ein rundlicher, fast wallnussgrosser Körper, jedenfalls ein Ovarium, in den Douglas'schen Raum herabgesenkt, wo er sowohl per vaginam als auch per rectum deutlich zu fühlen ist.

Was hatten wir nun gemacht?

Wegen der falschen Diagnose ante operationem mich zu verantworten, fühle ich mich nicht gedrungen. In der Chirurgie der Unterleibshöhle geht es nun einmal vorläufig nicht anders; wir mögen noch so sehr die Nothwendigkeit einer präcisen Diagnose, die dem operativen Einschreiten vorherzugehen hat, betonen, — täglich sind wir in der Lage erst nach der Eröffnung des Bauchfelles zu wissen, womit wir es zu thun haben, und dann erst das weitere Vorgehen bestimmen zu können. Im vorliegenden Falle haben wir aber auch jetzt noch zu fragen: was haben wir unter den Händen gehabt? Jedenfalls einen Sack, gefüllt mit theerartigem Blut, in enger Verbindung mit den Genitalien, in specie dem Uterus. So etwas kann dreierlei sein: ein periuterines Hämatom (Hämatocele), oder ein Ovarientumor, in welchen hinein reichliche Hämorrhagien erfolgt sind, oder eine Hämatometra. Die erste Möglichkeit muss wohl von vornherein ausgeschlossen werden, denn ein Hämatom, mag es extra- oder intraperitoneal sein, kann sich nie so dicke, fleischige Wände mit reichlichen grossen Gefässen schaffen, wie wir sie hier hatten. Es bleiben also übrig Ovarientumor und Hämatometra. Gegen ersteres sprachen: die Beschaffenheit des Inhaltes des Sackes, der reinem, eingedicktem Blute täuschend glich, der Verlauf der Krankheit, die von vornherein mit so intensiven Schmerzen auftrat, wie sie bei Ovarial-Neubildungen kaum vorkommen. Für Hämatometra im getheilten Uterus spricht Alles, nur ist die lange Dauer der Krankheit und die Grösse des Tumors sehr auffallend. Bei Zurückhaltung von Menstrualblut steigern sich die Beschwerden fast ausnahmslos so rasch, dass die Patientinnen schon in sehr jugendlichem Alter unter das Messer kommen, oder an Perforations-Peritonitis zu Grunde gehen. Entscheidung hätte liefern können die Untersuchung des exstirpirten Stückes der Wand, das aber leider gleich nach der Operation verloren gegangen war. Nach Untersuchung des Inhaltes des Sackes erklärte Prof. Afanassjew, dass er daselbst unzweifelhafte Zeichen colloider Degeneration gefunden habe und die Höhle, in der solch' ein Inhalt gesteckt, wohl für eine ovarielle halten müsse. Das musste ich vorläufig nolens volens acceptiren, obgleich vom klinischen Standpuncte aus nur die Annahme einer Hämatometra sämmtliche Erscheinungen genügend zu erklären im Stande war.

Der weitere Verlauf unseres Falles war folgender:

Im ersten Halbjahr verliefen die Menstruationen zu grosser Zufriedenheit der Pat. ganz ohne Schmerz; das einzig störende Moment war eine grosse Hernie, die sich in der Gegend der Bauchdeckennarbe entwickelte. Im zweiten Halbjahr machten sich bereits leichte ziehende Schmerzen in der rechten Leiste unangenehm bemerkbar und gleichzeitig fing der rechts vom Uterus gelegene Geschwulstrest an sich zu vergrössern. Die Schmerzen werden allmälig stärker, treten meist etwa 8—9 Tage nach Beendigung der Regel auf, steigern sich bis zum Wiedereintritt der Menstruation, die selbst ziemlich schmerzlos verläuft. Der Tumor vergrössert sich immer mehr, seine Consistenz wird stellenweise deutlich elastisch und der Narbenstrang, der denselben mit den Bauchdecken verbindet, wird, angefangen von unten her, immer dicker, er wird gleichsam entfaltet durch die sich im Tumor sammelnde und in den Strang sich hineindrängende Flüssigkeit. Gleichzeitig steigern sich die Schmerzen und werden zuletzt ebenso dauernd und heftig, wie vor der ersten Operation, so dass Pat. wiederum Befreiung von denselben dringend verlangt. Mitte September 1887 wurde folgender Status praesens aufgenommen:

Die Geschwulst reicht bis zum Nabel, hat wiederum keine ganz gleichmässige Oberfläche, ihre Consistenz ist in verschiedenen Abschnitten auch verschieden, ihre linke Hälfte ist härter, unebener, höckeriger, die rechte gleicht einem ausgedehnten dicken Sack. Die Mitte der oberen Fläche ist durch den beschriebenen Narbenstrang an die Bauchnarbe geheftet. Die Hernie ist ca. 2 Fäuste gross und bedeckt von so verdünnter Haut, dass Darmschlingen deutlich durch sie zu sehen sind. Die Vaginaluntersuchung, sowohl mit Finger als mit Sonde, bietet nichts Neues; auch der kleine Ovarialtumor im Douglas ist unverändert.

Trotz der schon durch die erste Operation wohl ziemlich erwiesenen Unmöglichkeit einer radicalen Exstirpation des Tumors zwingen die Leiden der Pat. doch zu einem neuen Versuch. Aeussere Umstände liessen es wünschenswerth erscheinen die nächste, vor der Thür stehende Menstruation noch zu Hause abwarten zu lassen. Dieselbe trat ein am 18. September, begleitet von den gewöhnlichen Schmerzen, und dauerte bis zum 22. September. Am 24 September, dem zum Transport in die Anstalt bestimmten Tage, traten plötzlich früh Morgens (Pat. hatte das Bett nach der Regel noch garnicht verlassen) rasende Schmerzen im Unterleibe auf; in kürzester Zeit wurde letzterer aufgetrieben, wie eine Trommel, und empfindlich gegen die leiseste Berührung; zugleich stieg die Temperatur auf 38,7 bei fadenförmigem Pulse. Die stechenden und reissenden Schmerzen sind so arg, dass der ganze Körper der Pat. von kaltem Schweiss bedeckt ist. Es konnte kein Zweifel daran sein, dass wir es mit einer Perforations-Peritonitis zu thun hatten, und darum wurde, als nach grossen Dosen Opium und Eis der Zustand etwas erträglich geworden war, Pat. in das Klinische Institut transportirt und am nächsten Tage die Operation vorgenommen.

Der Bauchschnitt wurde links von der alten Narbe bogenförmig geführt, um einen Theil der die Hernie bedeckenden Haut mitzunehmen. Unter den Bauchdecken liegt das Netz, nach links vom Schnitt fest und flächenhaft mit ihnen verwachsen, nach rechts hin nur verklebt und leicht abtrennbar. Die untere Fläche des Netzes und die darunter liegenden Darmschlingen sind bedeckt von rothbraunen Pseudomembranen oder Niederschlägen, während zwischen den Darmschlingen aus der Tiefe eine bräunliche Flüssigkeit hervor-

dringt, die den Eindruck macht, als ob theerartiges Blut durch seröse Flüssigkeit verdünnt ist. Die Darmschlingen sind unter einander und mit der Bauchwand durch dieselben rothbraunen Niederschläge verklebt, lassen sich aber leicht von einander trennen; so dass der Finger unter der Bauchwand rechts um den dicken Strang herumgeführt werden kann, der die Bauchnarbe mit dem Tumor verbindet. Nun wird die Bauchwand rechts von der Bauchnarbe ebenfalls bogenförmig umschnitten, so dass darnach ein ovales Hautstück in Verbindung mit dem Tumor blieb. — Jetzt zeigte es sich, dass die ganze linke und hintere Wand des Tumors, etwa 8—10 Ctm. unterhalb der Bauchdecken, bedeckt war von einem Kranze ganz fest und flächenhaft mit derselben verwachsener Darmschlingen; in eben demselben Verhältnisse zur vorderen Wand steht die Blase, ein Spatium vesicouterinum existirt nicht, so dass nur an der rechten Seite zwischen Darmschlingen, Tumor und Bauchwand ein Loch nachgeblieben war, in welches allerdings zwei Finger hineindringen konnten. Aber ein Bild der anatomischen Verhältnisse in der Tiefe dieses Raumes sich zu machen, war unmöglich. Klar war nur, dass die in die Bauchhöhle ergossene, braune Flüssigkeit aus diesem Raume hervordrang, dass also in demselben sich auch die Perforationsöffnung befinden musste; zu finden war sie aber nicht.

Bei den Versuchen, die Darmschlingen von der Geschwulst zu trennen, wurde nun noch etwas Neues entdeckt. Vom rechten Rande der hinteren Fläche der Geschwulst liess sich eine zweite abtrennen, die bogenförmig mit der Convexität nach oben über die hintere Fläche verlief, sich dann wieder senkte und in den linken Rand verlor. Die Verklebung mit dem grossen Tumor liess sich einige Centimeter weit leicht trennen und darnach erschien diese zweite Geschwulst etwa 1½ Finger dick, nach beiden Enden zu etwas verschmälert, wurstförmig, vom Peritoneum bedeckt und durch ein breites, dickes Band mit der Fläche des Tumors verwachsen. Diese Geschwulst imponirte durchaus als stark hypertrophirte Tube. Um dieser Voraussetzung auf den Grund zu kommen, wurde sie der Länge nach gespalten und erwies sich in der That als Canal mit ca. 1½ Ctm. dicken Wänden, die augenscheinlich aus Muskelgewebe gebildet und von Schleimhaut ausgekleidet waren; ein Inhalt war nicht vorhanden. Mit einiger Mühe liess sich der Zeigefinger in den Canal einführen; derselbe war nach beiden Seiten hin verengt und bestand aus einer Reihe von Ampullen, die durch engere Stellen mit einander zusammenhingen.

Da es vollkommen unmöglich war auch nur einen Theil der Geschwulst aus der Bauchhöhle hervorzuwälzen, so wurde der Theil, der mit der Bauchnarbe verwachsen war, etwa 2 Ctm. unterhalb der Bauchdecken circulär abgeschnitten. Die Wände des Sackes waren, wie bei der ersten Operation, etwa ½ Ctm. dick, offenbar auch musculös und gefässreich; der Inhalt bestand aus dickem, braunem theerartigem Blut.

Der Schnitt in die hypertrophirte Tube wurde durch eine fortlaufende Seidennaht geschlossen, die Höhle des Tumors und die Bauchhöhle nach Möglichkeit durch Auswischen mit Jodoformmarly gereinigt, endlich die Ränder des Sackes mit der Bauchwand vernäht und ein dickes mit Jodoformmarly umwickeltes Drainrohr in den Sack placirt. Verband wie gewöhnlich: Jodoformpulver auf die Nähte, Jodoformmarly, Salicylwatte, Binde.

Das die ersten drei Tage nach der Operation andauernde leichte Fieber und mehrmalige Erbrechen musste auf die schon vorher entwickelte Peritonitis geschoben werden. Im Uebrigen war der Allgemeinzustand befriedigend, der Puls gut und die Schmerzen im Leibe nahmen entschieden ab. Am 29. September der erste fieberfreie Tag; aber es tritt Icterus ein und ein sehr dunkler, trüber Harn wird entleert, so dass an Durchbruch durch die Blase gedacht werden kann. Am 30. September und 1. October ein halbbewusstloser oder verwirrter Zustand der Kranken, der Besorgniss erregt hätte, wenn Puls und Temperatur nicht durchaus befriedigend geblieben wären. Die Untersuchung des Harnes erwies keine abnormen Bestandtheile ausser Gallenpigment. Erbrechen, stark belegte Zunge, Empfindlichkeit der Magengegend liessen acuten Magencatarrh diagnosticiren und den Icterus erklären. Am 2. October hörte das Erbrechen auf und weiterhin verlief Alles normal.

Was sollte aber mit der Bauchwunde geschehen? Da ich jetzt überzeugt davon war, dass die Uterushöhle geöffnet war, so konnten, um einer erneuten Ansammlung von Blut vorzubeugen, nur zwei Wege eingeschlagen werden: entweder musste der ganze in Rede stehende Abschnitt des Cavum uteri zur Verödung gebracht, oder es musste eine dauernde Communication nach aussen geschaffen werden. Der erstere Weg war nach der ersten Laparotomie bereits ohne Erfolg versucht worden, und es war bei den uns dazu zu Gebote stehenden Mitteln und der Unmöglichkeit, jede Stelle der Innenfläche des Uterus zu erreichen, auch nicht zu erwarten, dass es dieses Mal besser gelingen werde. Darum blieb nur der zweite Weg übrig. Naturgemäss communicirt der Uterus nach unten mit der Vagina. Solche Communication ist in vielen Fällen von Atresie auch künstlich geschaffen worden; aber alle diese Atresien betrafen den äusseren Muttermund oder gar den oberen Abschnitt der Vagina, welche beide der Punction, Excision grösserer Wandpartien u. s. w. keine Schwierigkeiten entgegensetzten. In unserem Falle musste bei der wohlausgebildeten Vaginalportion die Atresie höher angenommen werden, etwa bei dem inneren Muttermunde eines Uterus bicornis infra simplex. Sich dahin hinaufzuarbeiten unter Umständen und nach Krankheitsprocessen, die das physiologisch-topographische Verhältniss der Organe zu einander und die Gewebe selbst wesentlich verändert haben mussten, schien mir doch zu bedenklich. Darum beschloss ich einfach die Oeffnung in den Bauchdecken auch offen zu erhalten, d. h. *eine Uterus-Bauchdecken-Fistel dauernd zu etabliren.* Das geschah in einfachster Weise durch ein eingelegtes Gummirohr mit trichterförmigem Ende. Der Gang contrahirt sich jetzt, schon mehr als ein Jahr lang, nicht weiter und die Menstruationen sind in folgender Weise schmerzlos eingetreten: aus den Genitalien am 30. Oct., 24. Nov., 20. Dec., 18. Jan. 88 u. s. w., 4 Tage dauernd, schwach; aus der Bauchfistel regelmässig 2 Tage früher, viel stärker, 7—8 Tage dauernd. In der Zwischenzeit verliert die Pat. auf beiden Wegen Fluor albus von ziemlich dünner milchig-schleimiger Beschaffenheit, ihr Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet.

Ich verzichte auf ausführliche Besprechung der Literatur, da ich keinen Fall finde, der sich mit dem meinigen deckt. In neuester Zeit hat Trzebicky (Prz. lek. 1887, № 41, später auch im Centralbl. für Gyn. 1887, № 49) einen Fall veröffentlicht, der mich zunächst sehr interessirte, weil hier ebenfalls in Folge diagnostischen Fehlers eine Laparotomie bei Haematometra lateralis ausgeführt und das geöffnete Uterushorn mit der Bauchwunde vernäht wurde. Am 5. Tage post oper. gelang es aber von der Höhle aus mittelst einer gekrümmten Zange eine Oeffnung in die Scheide an dem hervorragendsten Puncte des Scheidengewölbes zu etabliren, diese Oeffnung offen zu halten und später die Bauchöffnung zu schliessen. Zusammengehalten mit dem Untersuchungsbefunde vor der Operation ergiebt dieser Umstand, dass es sich hier, wie z. B. in den Fällen von Freund, Holst u. s. w., um Atresie am Os externum, oder gar noch tiefer, gehandelt hat, zu einer Laparotomie also keine Veranlassung vorlag, da der Zugang zur Höhle der Hämatometra von der Vagina her von vornherein keine Schwierigkeit geboten hätte.

October 1888.

Referate.

Ferd. Gumprecht: Zur Kenntniss des Nachfiebers beim Scharlach. (D. med. W. № 27, 1888.)

Die Arbeit ist das Resultat der Durchmusterung von 228 Scharlachfällen, die im Krankenhause Friedrichshain in der Abtheilung des Prof. Fürbringer vom April 1886 bis September 1887 ver-

pflegt wurden. Verf. findet in einer kleinen, aber nicht verschwindenden Zahl von Scharlachfällen ein selbständiges, durch keine nachweisbaren Complicationen bedingtes Nachfieber, welches sich entweder gleich an das Scharlachfieber schliesst oder aber nach einigen Tagen Pause einsetzt, um einige Tage bis 2 Wochen zu währen. Meist tritt Genesung ein; der Tod erfolgt durch Erschöpfung oder aber durch schwere Complicationen, für welche das Nachfieber scheinbar Disposition schafft. Wahrscheinlich ist das Nachfieber eine bestimmte Form der Secundärinfection und steht in Beziehung zu den Streptokokkenfunden bei Scharlach; der biologische Process der eingewanderten Streptokokken kann sich mit der rein pyrogenen Wirkung als erkennbarer Aeusserung erschöpfen. Für den Praktiker bedeutet das Nachfieber, dass keineswegs die Prognose nothwendig eine schlechte wird, dass er aber auf möglicherweise noch eintretende Complicationen gefasst sein muss. Max Schmidt.

Pietro Fererri (Genua): Die unmittelbaren Gefahren bei Sinusverletzungen. Eine experimentelle Studie aus dem Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. I. № 13).

Eine der grössten Gefahren, welche Venenverletzungen im Allgemeinen und insbesondere die der Sinus der Dura mater begleiten, ist ausser der Blutung zweifellos die Aspiration von Luft. Die Sinusverletzungen galten daher früher als absolut tödtlich und die Chirurgen vermieden ängstlich bei Operationen am Schädel, besonders bei Trepanationen, die Stellen, wo die Sinus verlaufen. Einige später in der Literatur bekannt gewordene Fälle von Sinusverletzungen mit günstigem Ausgange und die experimentellen Erfahrungen von Schellmann (Ueber traumatische Verletzungen des Gehirnsinus. Dissert. Giessen 1864) brachten eine Reaction in den Anschauungen der Aerzte über die Gefährlichkeit der Sinusverletzungen hervor, indem einzelne Chirurgen sogar behaupteten, dass der Eröffnung des Sinus sehr wenig Bedeutung zukomme und dass dieselbe zu therapeutischen Zwecken verwendet werden könne. Erst im Jahre 1875 wurde man wieder auf die Gefährlichkeit der Sinusverletzungen aufmerksam durch die Erklärung von Cl. Bernard[1]), dass er nach Eröffnung des Gehirnsinus an Thieren den Eintritt von Luft in die Venen beobachtet habe, und durch eine wegen eines Schädeltumors von R. Volkmann[2]) unternommene Operation, bei welcher Luft in den verletzten Sinus eintrat und plötzlicher Tod des Kranken erfolgte. Veranlasst durch diesen Fall stellte Genzmer eine Reihe von Versuchen am Hunde an, um das Phänomen der Luftaspiration zu studiren. Er überzeugte sich, dass bei Sinusverletzung der Lufteintritt in den Sinus erst dann stattfindet, wenn der Blutdruck in demselben durch starke Blutung und bei tiefen Inspirationsbewegungen ein negativer geworden ist. Bergmann[3]) glaubt, dass unter normalen Verhältnissen der Lufteintritt in den Sinus nicht möglich sei, da der Blutdruck in den Sinus immer positiv sein soll. Senn[4]) machte endlich auf die Bedeutung der Schwere des Blutes für den Lufteintritt in den verletzten Sinus aufmerksam.

Da die Bedingungen des letzteren noch nicht genügend bekannt, so erschien es Verf. sehr wünschenswerth, der Lösung dieser Frage durch eine neue Reihe von Experimenten näher zu rücken. An einem verletzten Sinus müssen die Verhältnisse des centralen und peripheren Endes gesondert in Betracht gezogen werden. Dieses geschah in dem Versuche des Verf. in der Weise, dass der durch Resection einer Partie des Schädeldaches blosgelegte Sinus longitudinalis superior an einer mittleren Stelle umstochen und unterbunden und die beiden isolirten Theile desselben gesondert untersucht wurden. Nach der Unterbindung füllt sich der vordere Abschnitt, der als der periphere anzusehen ist, strotzend mit Blut, während der hintere centrale Theil collabirt und blutleer wird. Wenn man die beiden Abschnitte anschneidet, so fliesst nur aus dem peripheren Blut in reichlicher Menge hervor, während der centrale Theil in der Regel garnicht oder sehr wenig blutet. Es verhält sich also der Sinus trotz seiner Klappenlosigkeit in dieser Beziehung ebenso, wie jede andere Vene. Um den Blutdruck zu bestimmen, wurde eine Glascanüle in den Sinus eingebunden und mit einem Wassermanometer verbunden. In drei Fällen wurde der Druck registrirt und gleichzeitig auch der Druck in der Art. cruralis verzeichnet. In einem Falle begnügte sich Verf. mit der Beobachtung des Manometers. In zwei Fällen wurde nach einander der Druck im centralen und peripheren Sinusstumpfe gemessen, in zwei anderen Fällen wurde nur das centrale Ende untersucht. Die angestellten Versuche lehren übereinstimmend, dass im centralen Ende des durchschnittenen Sinus ein *negativer* Druck besteht. Durch Veränderung in der Lage des Thieres konnte derselbe verändert werden. Wenn der Kopf erhöht gelagert wurde, sank der Druck weiter ab, während man durch Tieflagerung des Kopfes eine Erhöhung des Druckes bis über Null erzeugen konnte. Es ist dies ein Beweis dafür, dass die Schwere des Blutes, resp. die Höhe der Blutsäule, vom Herzen aus gemessen, für diese Verhältnisse von ausschlaggebender Bedeutung ist. Durch Compression der Venen am Halse konnte jederzeit der negative Druck in einen positiven umgewandelt werden. Durch Verschliessung der Athmungswege konnte man entweder eine Steigerung oder eine Senkung des Druckes erzeugen. Es hängt der Erfolg offenbar davon ab, in welcher Phase sich die Athmung im Momente des Verschliessens befindet. Wenn die Athmungswege im Momente der tiefsten Exspiration abgesperrt werden, dann muss bei den folgenden Inspirationserscheinungen ein starker negativer Druck im Thorax entstehen, der aspirirend, daher druckerniedrigend auf die Venen einwirken muss. Eine Sistirung während der Inspirationsstellung wird im Gegentheil eine Steigerung des Druckes im Thorax und eine Anstauung des Blutes im venösen Gebiete erzeugen. Die Schwankungen des Druckes betrugen unter solchen Umständen 10—20 Mm. H_2O. Verf. hat bei seinen Versuchen die Verhältnisse nachgeahmt, wie sie dem Chirurgen begegnen, und gefunden, dass thatsächlich in dem centralen Ende des durchschnittenen Sinus bei erhöhter Kopflage regelmässig negativer Druck besteht, dass daher die Gefahr des Lufteintrittes unabhängig von vorausgegangenen Blutverlusten und von der Tiefe der Athembewegungen vorhanden ist. Wenn trotzdem ein solches Ereigniss nur ausnahmsweise eintritt, so mag dieser Umstand in den eigenthümlichen anatomischen Verhältnissen der Sinus, deren Wunden wenig klaffen, und darin begründet sein, dass die Mündung des centralen Endes nicht direct mit der Atmosphäre communicirt. Die gleichen Umstände würden auch die relativ geringe Intensität der Hämorrhagie, welche nach Sinusverletzungen häufig beobachtet wird, erklären. Eine Unterbindung oder Compression des Sinus peripherwärts von der Wunde wird die Gefahr des Lufteintrittes erhöhen, während die Verschliessung einer centralwärts von der Verletzungsstelle gelegenen Partie die Blutung steigern muss. —ss.

[1]) Leçons sur la chaleur et sur la fièvre. Paris 1875.
[2]) A. Genzmer: Archiv für klin. Chirurgie. XXI. 1877.
[3]) Die Lehre von den Kopfverletzungen. Deutsche Chirurgie, Bd. 30.
[4]) N. Senn: Clinical and experimental study of an embolism. Philadelphia 1885.

G. Smirnow (Helsingfors): Ein seltener Fall von ausgebreiteter symmetrischer Verunstaltung auf Grund hereditärer Syphilis. (Monatshefte für Dermatologie. № 1. 1888).

Verf. führt hier ein Unicum in seiner Art an. Als einziges Zeichen gummöser Lues Defect am harten Gaumen, weichen Gaumen, Septum narium und Pars incisiva maxillae superioris. Die Gelenke der Finger zum Theil ankylotisch verändert, die grossen Zehen nach aussen verbogen und die Endphalangen sämmtlicher Zehen und Finger, namentlich letzterer unförmlich verbreitert, so dass die Hände lebhaft an die Vorderextremitäten der Laubfrösche erinnern. (Ref. erinnert sich einer Patientin der Dorpater Klinik, deren beide Hände einen ebensolchen Eindruck machten — hier behalf man sich mit der Diagnose Syphilis, trotzdem keine sonstigen Symptome dafür vorhanden waren. Ref.). Die übrigen, grossen Gelenke waren gleichfalls sehr unförmlich gestaltet. Die Diaphysen der Vorderarme, Ober- und Unterschenkel, ebenso die Tarsal- und Karpalknochen verlängert, hypertrophisch. Auch an dem Gesichtstheil des Schädels Hypertrophien vorhanden. Die Musculatur der Extremitäten gleichsam distendirt, schwach und dünn. Alle übrigen Organe gesund. Es folgen die einzelnen Maasse der veränderten Gebilde. Als Differentialdiagnose kam Gicht in Betracht, welche, als in Finnland unter der armen Bevölkerung nie vorkommend, ausgeschlossen wurde, für die Specificität der Ulcerationen am Gaumen etc. sprach die Heilung auf antiluetische Behandlung hin (Injectionen von Calomel und Kalium jodat.) Als Analogon führt Verf. noch einen 15jährigen Knaben mit ulcerirendem Syphilid des linken Unterschenkels an, welch' letzterer deutlich in toto hypertrophirt war. Verf. kommt zu dem Schluss, dass beide Fälle von Hypertrophien der Knochen einzig und allein auf hereditäre Syphilis zurückzuführen seien. Jedenfalls wäre der zuerst beschriebene Fall, in dem sich im Laufe vieler Jahre eine *symmetrische Hypertrophie des ganzen Körperscelettes herangebildet hatte* (die Ulceration bestand erst 4 Jahre) als einziges Symptom der Lues, gewiss einzig in seiner Art. E. K. (Qu.)

Vollert: Ueber Succinimid-Quecksilber, ein neues Mittel zu subcutanen Injectionen. (Therap. Monatsh. № 8).

Dessaignes (Annal. de chimie et physique, 3. Série, T. 34, pag. 146) hat 1852 die Verbindung des Quecksilbers mit einigen Amiden, darunter auch mit dem Succinimid gefunden; Prof. v. Mering in Strassburg forderte Verf. zu Versuchen mit dem Succinimidquecksilber auf und hat dieser in 2½ Monaten im Ganzen 532 Injectionen an 28 Kranken mit diesem Mittel gemacht, welches kein Eiweiss, keine Pleura- und Hydroceleflüssigkeit fällt und ein weisses, seidenartiges, in Wasser leicht lösliches Pulver darstellt. Die 28 Fälle sind tabellarisch genau angeführt. Die anfänglich benutzte 2%[1]) Lösung (2,0 in 100 Theilen Wassers gelöst, mehrmals filtrirt) wurde wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit später durch eine 1,3 : 100 ersetzt, da ein anodyner Zusatz von Cocain wegen der dabei eintretenden Fällung nicht möglich ist. Die Wirkung des neuen Mittels ist eine etwas schwächere, als die des von v. Mering empfohlenen Glycocollquecksilbers, aber stärker, als die des Cyanquecksilbers; die Schmerzen dabei sind nicht stark, die Infiltrate in der Haut gering und ist das Präparat billig; Nebenwirkungen sind nicht vorgekommen. Die Nadel soll nicht senkrecht, sondern horizontal in die Basis einer grossen Querfalte der Haut langsam eingeführt und die dabei entstehende Beule massirt werden.

Verf. hat an 28 Kranken mit frischer und veralteter Lues 532 In-

[1]) 2,0 Succinimidquecksilber entsprechen 1,0 Hg.

jectionen, mithin durchschnittlich 19 an jedem einzelnen Patienten gemacht. Für mittelschwere Fälle reichen 24 Injectionen der 1 % Lösung, für schwere 30—35 zur Heilung aus. Verf. benutzte 2 Lösungen, eine von 1,30 : 100,0, eine andere von 2 : 100; von ersterer war also in der 1,0 haltenden Spritze 0,0065 Hg., von der anderen 0,01 Hg. vorhanden. Hz.

Prof. Polotebnow (St. Petersburg): Ueber Erysipel. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1888. № 5 und 6).

Verf. beabsichtigt mit vorliegender Arbeit die Frage über symptomatische, exspectative oder aber abortive Therapie des Erysipels zu lösen. Um zu diesem Ziele zu gelangen hat er im Laufe von 3 Jahren in seiner Klinik beide Behandlungsweisen parallel neben einander hergehen lassen. Als Abortivum hat er das auf Volkmann's Empfehlung auch von anderen Autoren versuchte und gerühmte Arg. nitric. genommen, zur symptomatisch exspectativen Therapie benutzte er Kaltwassercompressen und natürlich bei Complicationen resp. ersteren Symptomen die entsprechende Medication. Da die Arbeit hauptsächlich durch Zahlen und detailirte Krankengeschichten ihre Aufgabe löst, so beschränken wir uns darauf die Hauptresultate zu erwähnen. Vor allem weist Verf. nach, dass Höllenstein kein localisirendes Mittel bei Erysipel ist, mithin seinen Ruf zufällig günstigen Erysipelfällen verdankt, dass es ferner auf Complicationen irgend welcher Art nicht einzuwirken im Stande ist, dass es die Mortalität nicht herabsetzt, aber dass es trotzdem local günstig einwirkt und somit eine Beschleunigung der Rückbildung des Processes *in loco* herbeiführt. Es sind aber die Prozeduren bei der Lapisbehandlung (sehr peinliches Waschen, Entfetten der Haut etc.) derart complicirt, dass die sehr geringen Vortheile (es ergab sich eine Abkürzung des Verlaufs zu Gunsten der Höllensteinbehandlung von nur 0,8 Tagen) durchaus nicht aufgewogen werden. Verf. ist jedenfalls zur Wassercompressenbehandlung (die warmen waren bei sämmtlichen Patienten beliebter) zurückgegangen.

Zum Schluss macht Verf. noch eine Excursion auf das Gebiet *der anomalen Erysipelformen*. Dazu rechnet er z. B. die seltenen Fälle vollständig fieberlosen Verlaufs, ferner jene Fälle, in denen die Temperatur von grosser Höhe unter die Norm fällt und das Exanthem sich dennoch fortentwickelt und schliesslich jene, in denen das Exanthem vollständig schwindet, aber das Fieber und die sonstigen Symptome fortdauern und die bisweilen letal endigen. Zur Illustration für letztere Anomalie führt er zwei eigne Fälle an.

Wegen des Nähern verweisen wir auf das Original. E. K. (Qu.)

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Kronid Slawjanski: Specielle Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Ein Handbuch f. Aerzte und Studirende. Band I. Krankheiten der Scheide und des Uterus. Mit 297 Abbildungen im Text, pag. 724. St. Petersburg 1888. Verlag von C. Ricker. (Russ.). Кронидъ Славянскій: Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Т. I. Болѣзни влагалища и матки.

Der uns vorliegende erste Band eines umfangreichen Werkes umfasst die Beschreibung der Krankheiten der Scheide und des Uterus. Verf. hat in dieser Arbeit alles Wissenswerthe — altbewährte und neuerrungene — niedergelegt, welches die Gynäkologie auf ihren heutigen hohen Stand der Ausbildung gehoben hat. Die vollständige Beherrschung des Stoffes, verbunden mit einem reichen Schatz eigener Erfahrung und vielen individuellen Anschauungen stellt das Werk den mustergiltigen deutschen Lehr- und Handbüchern würdig an die Seite. Als Originalwerk zeichnet es sich durch seinen guten russischen Styl, seine klare, nicht zu missverstehende Ausdrucksweise und eine liebevolle Berücksichtigung der vaterländischen Literatur vortheilhaft vor den sonst sehr beliebten Uebersetzungen ausländischer Werke aus. Die zur Erläuterung in den Text gedruckten zahlreichen vorzüglichen Abbildungen, zum Theil bekannten Lehrbüchern entnommen, tragen nicht wenig dazu bei, dem Werke zahlreiche Leser und Freunde zu gewinnen. Eine nähere Besprechung behalten wir uns bis zum vollständigen Erscheinen des Handbuches vor, dessen solide Ausstattung wenig zu wünschen übrig lässt, dafür bürgt schon der Name des Verlegers. —tz.

А. К. Ягодзинскій: Птомаины и левкомаины, методы ихъ изслѣдованія и отношеніе къ патологіи. Съ предисловіемъ Проф. А. К. Анрепа. С.-Петербургъ 1888. Изданіе К. Риккера.

A. K. Jagodsinsky: Die Ptomaine und Leukomaine, die Methoden ihrer Untersuchung und die Beziehungen zur Pathologie. Mit einem Vorwort von Prof. Anrep. St. Petersburg 1888. K. Ricker.

Verf. giebt in seinem Buche eine Zusammenstellung der bisher über die Ptomaine und Leukomaine erschienenen Arbeiten des In- und Auslandes in einer Vollständigkeit, wie sie bisher noch nicht veröffentlicht worden ist. Die Anordnung des Stoffes und die Gruppirung der einzelnen Körper ist eine so übersichtliche, die maassgebenden Untersuchungsmethoden sind so eingehend behandelt worden, dass das Buch Jedem, der auf diesem Gebiete weiter forschen will, nur bestens empfohlen werden kann. T—n.

C. Schotten: Kurzes Lehrbuch der Analyse des Harns. Leipzig und Wien 1888. Franz Deuticke.

Zur schnellen Orientirung über die einschlägigen Untersuchungsmethoden ein für den praktischen Arzt empfehlenswerthes Buch. T—n.

Alexander Peyer: Die reizbare Blase oder idiopathische Blasenreizung (Irritable bladder, nervous bladder). Ihre Ursachen, Diagnose und Behandlung. Eine Studie aus der Praxis. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1888. 8°. 81 pag.

Die idiopathische Blasenreizung kommt in allen Altersclassen vor, am häufigsten jedoch im Alter von 18—40 Jahren; offenbar, weil in diese Zeit auch die meisten der weiter unten aufzuzählenden ursächlichen Momente fallen. Die Krankheit befällt, nach den Erfahrungen des Verfassers, Frauen viel häufiger als Männer, wird aber trotzdem bei Letzteren öfter Gegenstand ärztlicher Behandlung, weil dieselbe beim Manne wegen der anatomischen Verhältnisse der Urogenitalorgane eine viel grössere Bedeutung hat, und Frauen gegen dieselbe, wenn sie nicht mit starken Schmerzen und Störungen der Nachtruhe verbunden ist, oft eine ganz auffallende Indolenz bekunden.

Das hervorragendste Symptom der reizbaren Blase ist der häufige Harndrang, nicht zu verwechseln mit dem durch Polyurie vermehrten physiologischen Bedürfniss, zu uriniren. Letzteres tritt ein, sobald die Blase 300—400 Ccm. Urin enthält, erlaubt aber innerhalb eines gewissen Zeitraums, den Moment seiner Vollziehung zu wählen und bleibt in der Regel während des Schlafes aus. Ersterer dagegen erscheint oft schon, wenn sich nur einige Tropfen Urin in der Blase gesammelt haben, fordert gebieterisch sofortige Befriedigung und weckt den Patienten mehr oder weniger häufig aus seiner Nachtruhe. Nicht allzu selten kommt dazu temporäre Harnverhaltung, Ischuria spastica, welche auch mit Detrusorkrämpfen abwechseln kann; ferner regelmässig abnorme Sensationen von Seiten der Urogenitalorgane und des Mastdarmes von je nach dem concreten Fall subjectiv verschiedener Färbung, sowie endlich das ganze der von Hegar sogenannten Lendenmarksymptome, als da sind: Kreuzschwäche, Schmerzen im Kreuz, Druck im Unterleib, Unfähigkeit längere Zeit zu stehen, kalte Füsse, Ziehen und Reissen in den Schenkeln, Anaesthesie und Hyperaesthesie der Genitalien u. s. w.

Von den Ursachen der Affection ist ein Theil beiden Geschlechtern gemeinsam, nämlich: 1) eine angeborene Schwäche der Urogenitalorgane, die sich in der Jugend als Bettpissen äussert und die später schon bei geringen Gelegenheitsursachen zu häufigem Harndrang führt; 2) die «üble Gewohnheit» einzelner Individuen, sehr häufig zu uriniren; 3) reflectorisch wirkende Ursachen, und zwar a) Erkrankungen der Niere und des Nierenbeckens, b) Erkrankungen der Beckenhöhle, c) Darmaffectionen, d) verschiedene Affectionen der Harnröhre, e) Erkrankungen des Centralnervensystems, f) allgemein erhöhte Reflexerregbarkeit, welche angeboren oder eine Folge von körperlicher und geistiger Anstrengung sein kann; 4) Hyperaesthesie in Folge von Ueberausdehnung der Blase und vorübergehender Paralyse derselben; 5) Veränderungen des Urins selbst in Folge gewisser Krankheiten und Dyskrasien oder von einseitiger Ernährung; 6) der Einfluss gewisser Getränke und 7) Einwirkungen der Temperatur. — Für das weibliche Geschlecht kommen dazu noch: 1) Verlagerungen der Blase selbst; 2) Verlagerungen der Gebärmutter; 3) Tumoren des Unterleibes; 4) Druck des Foetus auf die Blase. In den Fällen des Verf. lag auffallend häufig Leucorrhoe mit secundärer Betheiligung der Vulva und des Orific. ext. urethrae vor, und nicht selten konnte aus einem reichlichen Sediment von Pflasterepithelium neben wenigen Leucocyten in sonst annähernd normalem Urin auf eine chronisch entzündliche Reizung des Blasenhalses geschlossen werden. Diese ist demnach Verf. geneigt als die häufigste pathologisch-anatomische Grundlage anzusehen, auf der die meisten übrigen, oben erwähnten Momente sich nur als Gelegenheitsursachen bestätigten. — Für das männliche Geschlecht sind noch zu erwähnen: 1) verschiedene Präputialaffectionen, z. B. hochgradige Phimose, Ansammlung von Smegma und dergl.; 2) Entzündungen der Harnröhrenschleimhaut, besonders in der Fossa navicularis (z. B. beim acuten Tripper) und 3) als häufigste Ursache, chronisch entzündliche Reizzustände der Pars prostatica und des Blasenhalses in Folge von Onanie, Coïtus reservatus und gonorrhoischer Urethritis.

Da somit die «reizbare Blase» in der Regel nicht eine selbständige Erkrankung darstellt, sondern in der Mehrzahl der Fälle — und zwar bei beiden Geschlechtern — bedingt wird durch eine chronisch entzündliche Reizung des Blasenhalses, oder aber nur ein reflectorisch oder mechanisch bedingtes Symptom bildet von Erkrankungen der Niere, des Uterus, der Urethra, des Mastdarms, Beckens u. s. w.; so ist die Aufgabe der Diagnose erst beendigt, wenn die Ursache der Blasenreizung gefunden worden ist. Zu dem Zwecke ist es erforderlich, in systematischer Reihenfolge nach sämmtlichen mechanisch oder reflectorisch wirkenden Ursachen zu fahnden, welche eine Blasenreizung verursachen können. Ein besonderes Gewicht legt Verf. auf die Urinuntersuchung und namentlich bei Abwesenheit gröberer Veränderungen, auf den Befund eines Sedimentes von zahl-

reichen Pflasterepithelien mit verhältnissmässig wenig Leucocyten und Schleim. Beim männlichen Geschlecht kommt dazu noch in ziemlich häufigen Fällen das Auftreten von Spermatozoen.

Die Therapie soll eine causale sein; eine symptomatische Behandlung der reizbaren Blase ist unbedingt zu verwerfen. Bei Blasenhalsaffectionen sind locale Applicationen indicirt.

Die Prognose richtet sich ebenfalls nach der Grundursache, ist quoad vitam meist gut, quoad valetudinem oft zweifelhaft. Leichte Fälle können spontan heilen. Der gewöhnlichste Folgezustand der Blasenreizung ist die sogenannte Schrumpfblase. G.

Vermischtes.

— Wie verlautet, soll das den Officieren bereits verliehene Recht, auf den Eisenbahnen mit einem Billet III. Classe die II. Classe zu benutzen, in nächster Zeit auch auf die Militär- und Marineärzte ausgedehnt werden.

— Der gelehrte Secretär der militär-medicinischen Academie, Prof. V. Paschutin (Patholog), ist von der Conferenz der Academie für's nächste Triennium wiedergewählt worden.

— Die Charkower ausserordentlichen Professoren A. Kusnezow (Therapeut) und C. Kutschin (Histolog und Embryolog) sind zu ordentlichen Professoren der von ihnen vertretenen Lehrstühle ernannt worden.

— Prof. Metschnikow und Dr. Gamaleja sollen auf den Vorschlag des Gutsbesitzers Pankejew eingegangen sein, die Frage, wer den Schaden der unglücklichen, an seiner Schafheerde ausgeführten Schutzimpfungen gegen die sibirische Pest vergüten soll, durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Prof. Metschnikow weist in einer Zuschrift an den «Odess. List.» jede Verantwortung von seiner Person zurück, da er während dieses unglücklichen Ereignisses verreist gewesen und die Leitung der bacteriologischen Station competenten und selbständigen Händen übergeben habe. Der Fehler Dr. Bardach's, welcher die Impfungen ausführte, sei nicht hervorgerufen durch Umstände, welche ihm (Metschnikow), als Organisator der Station, zur Schuld angerechnet werden könnten, sondern einfach die Folge eines verhängnissvollen Versehens bei der Ueberimpfung der Vaccine auf Agar-Agar, eines Versehens, für welches Niemand angeklagt werden kann. Es könne hier auch keine Untersuchungscommission helfen; es werde die ganze Sache unvermeidlich auf eine unerfindliche, wie früher bemerkte Zerstreutheit oder Unvorsichtigkeit Dr. Bardach's hinauslaufen.

— *Ernannt*: Der frühere Professor der Geburtshülfe und Frauenkrankheiten in Charkow, Mitglied des Conseils des Ministeriums der Volksaufklärung, wirkl. Staatsrath Dr. Lasarewitsch — zum etatmässigen Consultanten für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten an der Heilanstalt der Grossfürstin *Maria Alexandrowna*, Herzogin von Edinburg; der Oberarzt des Kalinkinhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Sperk — zum ausseretatmässigen Consultanten für Syphilis und Hautkrankheiten an derselben Heilanstalt.

— *Verstorben*: 1) Am 15. November in Odessa der Director des dortigen städtischen Augenhospitals, Staatsrath Dr. Heinrich v. Schmid, im 54. Lebensjahre. In Pernau als Sohn des Syndicus Christian v. Schmid geboren, studirte Heinr. v. Sch. von 1852—59 auf der Dorpater Universität Medicin. Nach Erlangung der Doctorwürde fungirte er zuerst als Arzt auf der Fabrik Quellenstein (Livland), zog darauf in's Ausland, um sich in der bekannten Augenheilanstalt des Dr. Pagenstecher speciell der Augenheilkunde zu widmen. Nach seiner Rückkehr liess er sich in Odessa nieder, wo er als geschätzter Augenarzt und Director des obengenannten Augenhospitals bis zu seinem Tode wirkte. 2) In Gurjew (Uralgebiet) der ältere Arzt des II. Bezirks des Ural'schen Kosakenheeres, K. Wensin, im 36. Lebensjahre an allg. Paralyse. 3) In Budapest der Professor der Anatomie an der dortigen Universität, Dr. Joseph Lenhossék, über 70 Jahre alt. Seine wichtigste Leistung bilden seine ausgedehnten Untersuchungen über das Centralnervensystem.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 20. November d. J. 5792 (110 mehr als in der Vorwoche), darunter 285 Typhus- (9 weniger), 525 Syphilis- (6 weniger), 96 Scharlach- (5 mehr), 5 Diphtherie- (3 weniger als in der Vorwoche), 1 Masern- (wie in der Vorwoche) und 5 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorwoche).

— Die Zahl der Studirenden des letzten Cursus der militär-medicinischen Academie, welche sich der vor Kurzem beendigten Prüfung zur Erlangung des Arztgrades unterworfen haben, betrug nach dem «Wratsch» — 94.

— Das Moskausche Gouvernements-Landschaftsamt, welches einige weibliche Aerzte anzustellen beabsichtigte, hat vom Moskauschen Generalgouverneur die Mittheilung erhalten, «dass einer Erklärung des Medicinaldepartements zufolge die weiblichen Aerzte als Specialisten für Frauen- und Kinderkrankheiten nur berechtigt sind, die Arztstellen in weiblichen Instituten, Gymnasien, Pensionen, Schulen, Asylen, Erziehungshäusern, Wohlthätigkeits- und Lehranstalten, sowie in den speciellen Kinder- und Frauenhospitälern und Entbindungsanstalten zu bekleiden, und daher zu den Aemtern von Aerzten oder zur Ausübung von Feldscherdiensten in den allgemeinen Hospitälern und den männlichen Abtheilungen der Hospitäler *nicht* zugelassen werden können». (Wr.)

— Am 3. December n. St. beging der Schöpfer und Begründer der Hygiene in Deutschland, Prof. Dr. Max v. Pettenkofer, seinen *70. Geburtstag.* Aus diesem Anlass waren zahlreiche Glückwünsche von regierenden Häuptern, Universitäten, Communen u. s. w. eingelaufen. Die Stadt München überreichte dem Gefeierten durch eine Deputation als Ehrengabe 10,000 Mark, welche als Stiftung für wissenschaftliche und menschenfreundliche Ziele im Namen und Geiste Pettenkofer's für alle Zeiten dienen soll. Von der Stadt Leipzig wurde ihm ebenfalls die Urkunde einer Stiftung im Betrage von 5000 Mark zu Prämien für Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene übersandt.

— Der in der vorigen Nummer von uns mitgetheilte Antrag einer Anzahl hervorragender Mitglieder der «British Medical Association», betreffend die Publication Mackenzie's im officiellen Organ der Gesellschaft, ist in der Sitzung des Verwaltungsraths der Gesellschaft bereits verhandelt worden. Der Verwaltungsrath hat sich einstimmig gegen die Zulässigkeit der Veröffentlichung irgend welcher Details, welche das ärztliche Vertrauen verletzen können, ausgesprochen und sein Bedauern darüber ausgedrückt, dass das betreff. Document unter irgend welchen Umständen veröffentlicht worden ist. Der Redacteur des «Brit. Med. Journal» hat seinerseits dem Verwaltungsrath die Versicherung gegeben, dass er Gründe gehabt hat, welche ihm ausreichend erschienen für die Ansicht, dass die Veröffentlichung des betreff. Autographs nicht ein Vertrauensbruch war, hat aber sein Bedauern ausgedrückt, dass es im «Brit. Med. Journ.» erschien.

— Sir Morell Mackenzie hat, dem «Lancet» zufolge, seinen Austritt aus der Königl. Gesellschaft der Aerzte in London (Royal College of Physicians) angemeldet.

— *Zur Besetzung des vacanten Postens eines Docenten bei der Hebammenschule der hiesigen Marien-Gebäranstalt* ist ein *Concurs* ausgeschrieben worden. Die Concurs-Commission besteht aus dem Director des Medicinal-Departements, dem Medicinalinspector der St. Petersburger Anstalten der Kaiserin *Maria*, dem Medicinalinspector von St. Petersburg, dem Director einer der St. Petersburger Gebäranstalten, einem Mitgliede des Medicinalraths, einem Professor der militär-medicinischen Academie und dem Director der Marien-Gebäranstalt.

Die Concurrenten haben binnen 2 Monaten a dato dieser Concurspublication ihre Gesuche auf den Namen der Verwaltung der Marien-Gebäranstalt einzureichen unter Beifügung: 1) Des Diplomes über den Grad eines Dr. med. und die Würde eines Accoucheurs. Im Dienste stehende Aerzte brauchen nur eine beglaubigte Abschrift der Dienstliste vorzustellen. 2) Eines kurzen Nachweises darüber, in welchen Gebäranstalten und Kliniken der Concurrent sich mit der Geburtshülfe beschäftigt hat. 3) Eines ausführlichen Programmes und Planes für den Unterricht in der Hebammenkunde. 4) Der gedruckten oder handschriftlichen Arbeiten über Geburtshülfe, falls solche vorhanden sind.

Von den Concurrenten wird verlangt, dass sie in Gegenwart der Commissionsglieder eine Schwangere, Kreissende oder Wöchnerin untersuchen, die Diagnose stellen und den Plan der Behandlung angeben. Falls der gegebene Fall einen operativen Eingriff erfordert, so ist solcher vom Concurrenten auszuführen, falls nicht, so ist eine von der Commission bestimmte operative Hülfeleistung am Phantom zu demonstriren.

Ferner müssen die Concurrenten über ein von der Commission gegebenes Thema eine Probelection aus der Hebammenkunst halten. Zur Vorbereitung wird eine halbe Stunde Zeit gegeben.

Nachdem die Concurrenten alle diese Bedingungen erfüllt haben, entscheidet die Concurscommission nach Stimmenmehrheit über die Wahl des Candidaten.

Falls sich zum Concurs nur ein Candidat einfinden sollte, so hat er dennoch die vorerwähnten Bedingungen zu erfüllen.

Sollte sich aber Niemand zum Concurs melden, oder sollten die sich Meldenden der Concurscommission nicht geeignet für das Amt des Docenten erscheinen, so wird ein neuer Concurs ausgeschrieben. Die Entscheidung der Concurscommission wird dem Conseil der Marien-Gebäranstalt zur Bestätigung der gewählten Person übergeben.

Der Docent der Geburtshülfe bei der Hebammenschule gehört nach dem Etat der Marien-Gebäranstalt zur VI. Classe und bezieht ein Gehalt von 1000 Rbl. Bis zur Verstärkung der Mittel dieser Anstalt erhält der Docent jedoch nur ²/₃ der etatmässigen Gage.

— In Propriano auf Corsica verlangte ein Vater für seine 5 Kinder in der Apotheke ein Wurmmittel. Statt Santonin verabfolgte der Gehülfe Strychnin. Die Mutter schüttete das Pulver am Morgen in ein Glas mit Milch und die Kinder tranken der Reihe nach davon. Das vierte Kind — ein Knabe, schüttete den Rest des Glases auf die Diele mit den Worten «wie schmeckt das abscheulich». Unbewusst rettete er so das Leben seiner 13jährigen Schwester, denn trotz energischer Hülfeleistung starben die vier jüngeren Kinder.

(L'union médicale. 115) G—n.

— Die *Kundgebung der Heidelberger Professoren* gegen die Bestrebungen, welche auf eine *gänzliche Umgestaltung des bisherigen Gymnasiallehrplans* gerichtet sind, hat bisher 3000 Unterschriften gefunden. Unter den bekanntesten Schriftstellern, die mit ihrer Unterschrift für die Erhaltung der Grundzüge der humanistischen Bildung eintreten, werden genannt: Gustav Freytag, Theodor Mommsen, H. v. Treitschke, Paul Heyse; unter den *Medicinern an deutschen Hochschulen* die Professoren: Waldeyer (Berlin), Ziemssen (München), Veit (Bonn), Bäum-



ler (Freiburg) und Liebermeister (Tübingen). Ueberhaupt hat eine unerwartet hohe Zahl *praktischer Aerzte* aus verschiedenen Gegenden sich für Beibehaltung des humanistischen Gymnasiums bestimmt ausgesprochen. Es soll nun an die Oberschulbehörden aller deutschen Bundesstaaten, an die Mitglieder des Bundesraths und an den Fürsten Reichskanzler zugleich mit der Erklärung und den Unterschriftsbogen ein Bericht gesandt werden, der die von realistischer Seite gegen die Heidelberger Erklärung geschehenen Angriffe sachlich bespricht. (Allg. med. Ctrl.-Ztg.)

— Dr. Ludw. Loewe (Berlin) empfiehlt in der «Monatsschr. für Ohren-, Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankh.» *zur Erweichung von Ohrenschmalzpfröpfen, Cholesteatomen des Trommelfells* etc. an Stelle der üblichen Einträufelungen die Gehörgangstamponade mit Watte, welche nachdem sie in kleinen Partikelchen mit Provenceroel durchtränkt, in den Meatus auditorius ext. bis an den Grund der Ohrenmuschel gestopft wird. Der Tampon ist beim Waschen des Gesichtes vor Benetzen zu schützen. Nach 24—48 Stunden ist der Ohrenschmalzpfropf erweicht und kann durch forcirtes Ausspritzen leicht entfernt werden. Cholesteatome bedürfen zu ihrer Entfernung oft längere Zeit; in einem Falle musste Verf. den Oelwattetampon sogar sechs Wochen liegen lassen. Statt des Oels die beim Einträufelungsverfahren übliche dünne Natronlösung bei der Gehörgangstamponade anzuwenden, ist nicht rathsam, weil sie durch Verdunstung eintrocknet. Bf.

— M. Harting (New-York med. Rec.) schlägt zur Entfernung der Pseudomembranen aus dem Kehlkopf bei Diphtherie nachstehendes Verfahren vor: Ein silberner Katheter mit offenem Ende, welcher an einem Drahte ein zusammengepresstes Stück Schwamm enthält, wird zwischen die Stimmbänder geführt, sodann der Schwamm vorgestossen und letzterer rasch mit dem Katheter zurückgezogen. Dadurch sollen die Membranen aus dem Kehlkopf leicht entfernt werden.

Bülletin der meteorologischen Station Dr. Dmitrijew's in Jalta.

Monat u. Datum	Temp. der Luft nach Celsius						Barometer	Hygrn.	Windfahne			Zustand d. Himmels			Mm. Niederschlag
	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	Maximum	Minimum	Mittel	Mittel	Mittel	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	
Nov. 5	+3,0	+5,8	+1,6	+7,0	+0,2	+3,5	775,4	72	0	E_2	0	SC_9	N_{10}	S_5	—
6	+2,5	+9,8	+3,2	+11,0	+1,6	+5,2	768,4	74	0	Z_3	Z_2	S_6	0	0	—
7	+7,0	+12,6	+7,6	+18,1	+5,[illegible]	+9,0	762,9	66	0	ZE_4	0	SC_1	SC_8	0	—
8	+5,0	+12,8	+5,8	+17,0	+4,4	+7,9	763,5	75	0	Z_1	0	S_3	SC_2	0	—
9	+6,2	+13,0	+5,6	+18,0	+4,6	+8,3	760,8	76	0	Z_1	0	CN_9	SC_4	0	—
10	+4,8	+12,8	+6,6	+18,0	+4,8	+8,0	761,7	85	0	E_1	ZE_2	SC_4	0	0	—
11	+5,6	+13,2	+7,4	+12,0	+4,8	+8,7	762,8	82	0	E_1	0	SC_4	SC_5	0	—
12	+5,8	+12,8	+6,0	+16,0	+6,8	+8,2	766,1	59	0	E_3	0	0	0	0	—
13	+9,6	+12,6	+11,4	—	+7,0	+4,5	758,2	58	Z_3	ZW_5	NW_3	SC_4	CN_6	SC_4	—
14	+8,6	+12,8	+8,2	+16,0	+5,2	+9,9	764,9	55	Z_3	E_3	0	SC_2	0	0	—
15	+5,2	+13,2	+6,2	+15,0	+4,6	+8,2	765,7	79	0	Z_3	0	C_4	SC_4	0	—
16	+5,4	+12,0	+6,0	+14,0	+4,6	+7,8	767,0	85	0	E_3	0	0	SC_4	0	—
17	+4,8	+12,0	+5,6	+17,0	+4,4	+7,5	762,9	81	ZE_3	Z_1	0	0	0	0	—
18	+4,6	+12,8	+12,0	+16,0	+4,0	+9,8	761,3	81	0	E_3	0	S_3	SC_4	0	—

N = Nord, Z = Süd, W = West, E = Ost, 0 = Windstille. Die beigefügte Zahl giebt die Stärke des Windes in 1/10 an. — C = Cumulus, N = Nimbus, S = Stratus. Die beigefügte Zahl zeigt an, wie viel Zehntel des Himmels bedeckt sind. 0 = wolkenloser Himmel. F. W.

Vacanz.

— *Für zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Urshum* (Gouv. Wjatka) *werden gesucht*: 1) Ein *Arzt*, welcher das Stadthospital in Urshum zu leiten und den umliegenden medicinischen Bezirk zu besorgen hat. Gehalt 1500 Rbl. und Quartiergeld 150 Rbl. bei freien Amtsfahrten. Wohnsitz in der Stadt Urshum. 2) Eine *Aerztin* für einen Bezirk (ohne Hospital) mit tatarischer Bevölkerung. Gehalt 800 Rbl. bei freien Amtsfahrten; kein Quartier und auch kein Quartiergeld. Wohnsitz im Kirchdorfe Turek, 50 Werst von der Stadt Urshum enfernt. Die Meldung, welcher Empfehlungen von bekannten Professoren und Ausweise über den früheren Dienst beizufügen sind, geschieht bis zum 5. December d. J. bei der „Уржумская Уѣздная Земская Управа, Вятской губерній".

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 13. bis 19. November 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
269	189	458	94	38	57	15	4	15	45	43	48	36	31	20	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 0, Scharlach 16, Diphtherie 10, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 4, Pyämie u. Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 58, Todtgeborene 28.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London	4 282 921	11.—17. Nov.	2606	31,6	—	1619	19,1
Paris	2 260 945	11.—17. Nov.	1079	24,8	88	873	20,1
Brüssel	181 270	4.—10. Nov.	83	23,8	11	73	20,9
Stockholm	221 549	4.—10. Nov.	151	35,4	4	75	17,6
Kopenhagen	300 000	14.—20. Nov.	207	35,9	5	127	22,7
Berlin	1 414 980	11.—17. Nov.	906	33,3	33	574	21,1
Wien	800 889	11.—17. Nov.	473	30,7	24	357	23,0
Pest	442 787	4.—10. Nov.	280	32,8	18	227	26,5
Warschau	444 814	11.—17. Nov.	298	34,8	14	268	31,3
Odessa	268 000	11.—17. Nov.	—	—	9	113	21,7
St. Petersburg	861 303	18.—25 Nov.	596	36,0	18	383	23,9

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 6. December 1888.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge und der Abonnements auf die «St. Petersb. Medicinische Wochenschrift».

ANZEIGE DER REDACTION.

Mit dem 1. December a. c. hat unsere Geschäftsverbindung mit Herrn Friedrich Petrick aufgehört und wird die **ausschliessliche Annahme aller Annoncen** von jetzt ab in der ☛ **Buchhandlung** des Herrn **Carl Ricker**, Newsky-Prospect № 14, ☚ stattfinden.

Дозв. ценз. Спб. 2. Декабря 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertions-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie **alle Inserate** bittet man ausschliesslich an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor v. Schröder** (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 50. **St. Petersburg, 10. (22.) December** **1888.**

Inconstanz des diastolischen Herzgeräusches bei Insufficienz der Aortenklappen.

Von

Dr. med. Karl Dehio,

Prof. ext. der Universität Dorpat.

In № 24 und 25 des laufenden Jahrganges der «Berliner klin. Wochenschrift» hat Timofejew seine interessanten Untersuchungen über die bei experimentell erzeugter Insufficienz der Aortenklappen zu beobachtenden acustischen Phänomene veröffentlicht. Er kommt in der Hauptsache zu dem Resultat, dass

1) nicht jede künstlich erzeugte Insufficienz der Semilunarklappen der Aorta ein diastolisches Geräusch erzeugt, sondern dass das letztere erst auftritt, wenn der in den Klappen erzeugte Defect eine gewisse Grösse erreicht,

2) dass bei Defecten, die hinter dieser Grösse zurückbleiben, nur eine Verstärkung des II. Aortentones zu bemerken ist, und

3) dass das künstlich erzeugte diastolische Geräusch bei relativ kleineren Defecten wieder verschwinden kann, wenn man den arteriellen Blutdruck auf irgend eine Weise, z. B. durch Aderlass oder Rückenmarksdurchschneidung herabsetzt; nur bei den grössten Defecten wird das Geräusch durch Blutdruckserniedrigung nicht beeinflusst. — Diese experimentellen Ergebnisse stimmen, wie Timofejew bemerkt, sehr gut zu der klinischen Thatsache, dass in einzelnen Fällen von zweifelloser Insufficienz der Aortenklappen am Menschen das charakteristische Geräusch am inneren Ende des II. rechten Intercostalraumes und auf dem Sternum zeitweilig leiser werden oder auch ganz verschwinden kann. Derartige Beobachtungen sind von Botkin gemacht und auch von anderen Autoren, so neuerdings von Litten[1]) erwähnt worden; jedoch betont letzterer mit Recht, dass dieselben grosse Raritäten sind.

Dieser Umstand veranlasst mich folgenden kürzlich von mir beobachteten Fall von Insufficienz der Aortenklappen zu veröffentlichen, bei dem das diastolische Geräusch nur unter gewissen Umständen und durchaus nicht constant zu hören war. Derselbe bietet eine klinische Bestätigung der Timofejew'schen Experimente und dürfte eine Besprechung desselben umsomehr am Platz sein, als O. Rosenbach[2]) in längeren kritischen Auslassungen die Timofejew-schen Angaben bemängelt und zum Theil bestritten hat.

Herr N. N., 23 Jahre alt, Candidat der politischen Oeconomie, hat vor 5 Jahren an einer leichten Form von Syphilis gelitten, welche durch eine Schmiercur geheilt wurde und bis jetzt nicht recidivirt ist. Sonst ist er stets gesund gewesen und will nie an Gelenkrheumatismus oder einer sonstigen acuten Krankheit gelitten haben. Seit einem Jahre sind ohne ersichtliche Ursache leichte Herzbeschwerden aufgetreten; des Morgens, besonders nach stärkeren studentischen Gelagen, trat zuweilen ein plötzlicher, heftiger stechender Schmerz in der Herzgegend auf, welcher etwa eine Minute dauerte und dann wieder vollkommen nachliess, anfänglich kam er selten, später immer häufiger, und schliesslich ein paar Mal in der Woche. Gleichzeitig stellte sich etwas Kurzathmigkeit beim Laufen und Bergsteigen ein. Zu Anfang dieses Jahres hat Pat. deshalb mehrere Aerzte consultirt, welche bald ein Geräusch am Herzen gefunden haben wollten, bald ein solches in Abrede stellten. Auf den Rath derselben entsagte er gänzlich dem Genuss geistiger Getränke, lebte regelmässig und arbeitete zum Examen. Pat. hat nie geraucht. Dabei schwanden alle Beschwerden und Pat. fühlte sich völlig wohl. Nur ein Mal im Sommer dieses Jahres empfand er bei einem Lauf, welcher etwa eine Minute dauerte, plötzlich wieder den stechenden Schmerz im Herzen so stark wie noch nie, gleichzeitig Schwindel, Kopfschmerz, Ohnmacht-

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1888. № 8.

[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1888, № 37 und 38.

anwandlung, so dass er sich hinsetzen musste und nach Athemrang. In etwa einer Viertelstunde legte sich der Anfall und Pat. konnte nach Hause gehen. — Im September d. J. nach beendetem Examen hat Pat. sich ein paar fröhliche Abende beim Becher erlaubt und sogleich sind die alten Beschwerden wiedergekehrt, und durch etwas stärkere Körperbewegung, z. B. Treppensteigen, wird Herzklopfen und Athemnoth hervorgerufen.

Wegen dieser Beschwerden consultirte mich Herr N. N. am 19. September d. J.

Ich fand einen gut gebauten, ziemlich muskelkräftigen jungen Mann von gesunder Gesichtsfarbe; keine Cyanose, keine Oedeme, Hände und Füsse warm; die grossen Halsvenen nicht abnorm gefüllt.

Puls im Sitzen 72—76, rhythmisch, Radialarterie von mittlerer Füllung und Wandspannung, atheromatöse Veränderungen an den peripheren Arterien nicht nachzuweisen. In der Herzgegend und am Halse keine abnorme Pulsation. Spitzenstoss eher schwach als stark im V. Intercostalraum in der Ausdehnung von 3 Ctm. fühlbar, reicht nach links eine Fingerbreite über die Linea mamillaris sin. hinaus; die kleine Herzdämpfung nach rechts und oben nicht vergrössert, nach links entsprechend dem Punct, bis zu welchem der Spitzenstoss gefühlt werden kann, die linke Mamillarlinie um eine Fingerbreite überschreitend; nach unten geht die Herzdämpfung sowohl im Sitzen wie im Liegen direct in die Dämpfung des linken Leberlappens über. Beim Auscultiren hörte ich anfänglich nichts Besonderes; die Töne waren, während Pat. ruhig dasass, überall deutlich und rein und nicht besonders laut, und nur über der Aorta (am sternalen Ende des II. rechten Intercostalr.) war der II. Ton unzweifelhaft von einer das Gewöhnliche übersteigenden Lautheit und Stärke. Ich bat Pat. aufzustehen, wobei der Puls etwas frequenter wurde, und nun liess sich neben dem II. Ton über der Aorta und über dem ganzen Corpus sterni ein deutliches diastolisches Blasen wahrnehmen, welches den II. Ton überdauerte und fast bis an's Ende der Herzdiastole anhielt; als Pat. längere Zeit gestanden und der Puls sich beruhigt hatte, wurde das Geräusch immer leiser und zuletzt ganz undeutlich; nachdem Pat. jedoch eine Weile umhergegangen und auch mit den Armen stärkere Bewegungen ausgeführt hatte, war es wieder sehr laut und deutlich zu hören und verschwand, auch im Sitzen und im Liegen erst, nachdem die durch die Körperbewegung angefachte Verstärkung der Herzthätigkeit nachgelassen hatte.

Am folgenden Tage konnte ich denselben Befund constatiren: im Liegen war kein Geräusch, sondern nur eine Verstärkung des II. Aortentones zu bemerken; das Geräusch trat aber auf, sobald Pat. sich hinsetzte (Puls 76). — Im Stehen (Puls 96) war es lauter, von blasendem Charakter und sowohl an der Aorta als auf dem Sternum gut zu hören; gleichzeitig bemerkte ich aber am unteren Ende des Sternum ein mehr musikalisch-pfeifendes oder singendes Geräusch, welches sich mit dem schon beschriebenen blasenden Geräusch verquickte und in die erste Hälfte der Herzdiastole hineinfiel.

Auch am 21. September wiederholte sich derselbe Befund, über den ich folgende Notizen gemacht habe: Im Liegen an der Aorta nichts als ein normaler erster und ein starker zweiter Ton zu hören: auf dem Sternum für gewöhnlich Alles normal, nur ab und zu hört man bei scharfem Zuhorchen auf der Mitte und noch seltener am unteren Ende des Sternum den II. Ton von einem ganz leisen blasenden (nicht pfeifenden) Geräusch begleitet; das ist namentlich während der inspiratorischen Athmungsphase der Fall. — Im Sitzen ist das Geräusch an der Aorta deutlich und leise, auf dem Sternum etwas lauter zu hören. — Nachdem Pat. eine Zeit lang mit ziemlich schweren Handteln geturnt hat, so dass sein Puls beschleunigt und die Herzbewegung bedeutend verstärkt war, hört man an der Aorta das blasende diastolische Geräusch sehr deutlich bei jedem Pulse; noch lauter, aber von demselben acustischen Charakter und genau in dasselbe Zeitintervall der Herzthätigkeit fallend, ist das Geräusch auf dem ganzen Corpus sterni zu hören, am unteren Ende des letzteren ist es musikalisch-pfeifend. Bei verstärkter Herzthätigkeit ist auch an der Herzspitze dasselbe Geräusch nur etwas leiser zu hören, wie an der Aorta.

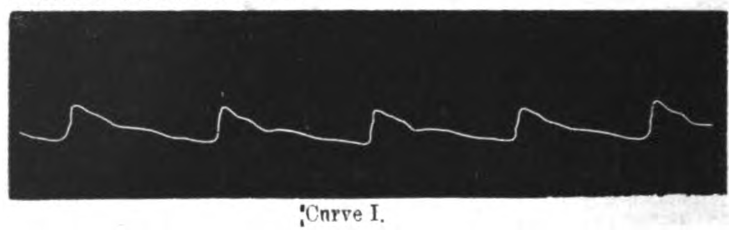
An der Art. brachial. ein lauter, an der Art. radial. ein leiser arteriodiastolischer Ton; das Duroziez'sche Doppelgeräusch an der Cruralarterie zu erzeugen, ist mir nicht gelungen.

Alle übrigen Organe und Organsysteme functioniren normal und lassen keine objective Veränderungen erkennen. Urin klar, hellgelb, enthält kein Eiweiss.

Ich habe also bei wiederholter Untersuchung stets dasselbe gefunden: Bei ruhiger Herzaction, besonders im Liegen, eine Verstärkung des II. Aortentones; wenn Pat. sich aufsetzte und die Herzthätigkeit dabei stärker wurde, trat ein diastolisches Geräusch auf, welches an der Aorta leise, auf dem Sternum deutlich zu hören war und den acustischen Charakter des der Insufficienz der Semilunarklappen der Aorta eigenthümlichen Geräusches besass; bei bedeutend verstärkter Herzthätigkeit wurde das Geräusch sehr laut und zugleich war dann ein mit demselben zeitlich zusammenfallendes anderartiges Geräusch von mehr pfeifendem oder singendem Charakter am unteren Ende des Sternum wahrzunehmen.

Wir hatten es also mit einem inconstanten Geräusch zu thun, das je nach der Stärke der Herzthätigkeit bald zu hören war, bald nicht wahrgenommen werden konnte; die Analogie mit den von Timofejew experimentell erzeugten Geräuschen liegt auf der Hand und es war daher von Interesse darüber in's Klare zu kommen, ob bei meinem Patienten, je nachdem das Geräusch hörbar war oder nicht, ein verschiedener arterieller Blutdruck angenommen werden durfte oder nicht. Ich habe versucht dieser Frage durch die sphygmographische Untersuchung des Pulses näher zu treten. Am 20. Sept. Abends habe ich mit Hülfe des Dudgeon'schen Sphygmographs bei einer Federspannung, die etwa einer Belastung der Arterie mit 80—90 Gramm entsprach, folgende Curven erhalten:

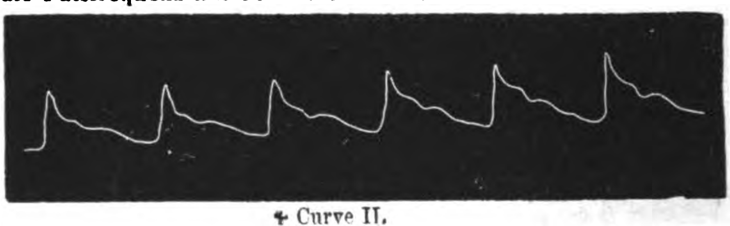
1) Am liegenden Patienten, bei einer Pulsfrequenz von 80 Schlägen in der Minute ergab sich an der rechten Radialarterie das Bild der *Curve I:*



Curve I.

Ein Geräusch war nirgends am Herzen zu hören.

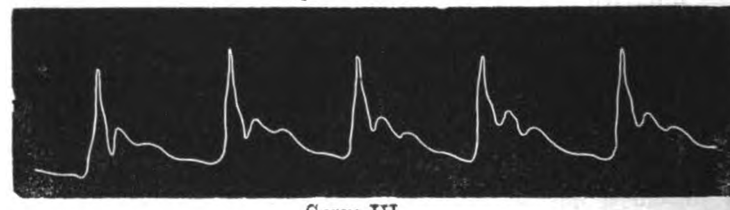
2) Nachdem ich Pat. hatte aufsitzen lassen, ohne dass der Sphygmograph gerückt oder verschoben wurde, stieg die Pulsfrequenz auf 88 und ich erhielt die *Curve II:*



Curve II.

Ein blasendes diastolisches Geräusch war deutlich, wenn auch leise an der Aorta und auf dem Sternum hörbar.

3) Nachdem Pat. umhergegangen war und mit der linken freien Hand kräftig eine schwere Handtel hin und her bewegt hatte, war der Puls auffallender Weise etwas weniger frequent als vorher (76 Schläge in der Minute) und für den palpirenden Finger deutlich als hochwellig und celer zu erkennen. Die aufgelegte Hand constatirte leicht eine bedeutende Verstärkung des Spitzenstosses. Das Sphygmogramm ergab nun die *Curve III:*



Curve III.

An der Aorta und in der ganzen Ausdehnung des Sternum ein lautes, blasendes diastolisches Geräusch zu hören.

Bei mehrmaliger Wiederholung des Experimentes erhielt ich stets dieselben Resulate und die gleichen Curvenbilder.

Es fragt sich nun, wie wir die Letzteren zu deuten haben. *Curve I* giebt das Bild eines normalen Pulses, wie ihn viele gesunde Menschen bei schwacher Füllung und geringer Wandspannung des Arterienrohres und somit bei relativ niedrigem arteriellem Blutdruck zeigen; die erste Elasticitätsschwankung ist eben noch zu bemerken und auch die Rückstosselevation nur schwach ausgeprägt.

Die *Curve II* ähnelt ganz den Bildern, welche ich bei gewöhnlichem nervösem Herzklopfen erhalten habe[*]); die

[*]) Cfr. meine Arbeit über nervöses Herzklopfen. St. Petersburger Med. Wochenschr. № 31 und 32. 1886.

Pulswelle ist höher, fällt aber ziemlich rasch wieder ab, die Elasticitätsschwankung und die Rückstosselevation sind deutlich ausgesprochen. Wir dürfen aus dieser Veränderung der Curvenform schliessen, dass die pulsatorische Anfüllung des Arterienrohres und somit die während der pulsatorischen Ausdehnung des Gefässes stattfindende plötzliche Anspannung der Arterienwand stärker geworden ist; dem entsprechend ist auch die beim arteriosystolischen Collaps der Arterie entstehende Elasticitätsschwankung deutlich ausgeprägt. Dass der *mittlere* arterielle Blutdruck gestiegen ist, geht aus der Curve nicht hervor, denn auch die Rückstosselevation ist stärker geworden, was nach den Untersuchungen von Riegel[4]) und Wetzel[5]) bei steigendem Blutdruck und stärkerem Gefässtonus nicht stattfindet.

In noch höherem Maasse sind diese Veränderungen in *Curve III* ausgeprägt. Die Pulswelle ist dreimal so hoch wie in Curve I und fällt sehr rasch wieder ab, und wir haben das typische Bild des Pulsus celer vor uns. Wir müssen daraus auf sehr beträchtliche pulsatorische Druckschwankungen schliessen. Es muss durch die Pulswelle ein sehr hoher pulsatorischer Anfangsdruck im Arterienrohr hergestellt werden, der aber rasch wieder absinkt. Diesem Anfangsdruck entspricht die sehr starke erste Elasticitätsschwankung, aber freilich ist damit nicht bewiesen, dass auch der mittlere Blutdruck im arteriellen Gefässsystem gestiegen ist. Die Rosenbach'schen Experimente [6]) sprechen sogar gegen eine derartige Annahme und auch unsere Curve, in welcher der absteigende Schenkel sich sehr rasch wieder der Curvenbasis nähert, weist darauf hin, dass der pulsatorische Enddruck ein ziemlich niedriger ist. Freilich wissen wir auf der anderen Seite, dass bei Gesunden der arterielle Blutdruck bei stärkerer Muskelarbeit steigt, aber dass Solches bei Menschen mit einer Insufficienz der Aortenklappen ebenso der Fall ist, ist meines Wissens noch nicht festgestellt worden.

Gestützt auf diese drei Curven darf ich also wohl behaupten, dass das diastolische Geräusch bei meinem Pat. fehlte, so lange das Herz ohne stärkeren Kraftaufwand arbeitete und die Pulswelle niedrig war, *dass* aber *das Geräusch alle Mal auftrat, sobald in Folge stärkerer Contractionen des linken Ventrikels die Pulswelle und somit auch der pulsatorische Anfangsdruck im Arterienrohr höher wurde*. Ich glaube, dass dieses Ergebniss sehr gut zu den Timofejew'schen Beobachtungen stimmt, denn wenn letzterer an seinen operirten Thieren den allgemeinen Blutdruck erniedrigte und dadurch das Geräusch zum Schwinden brachte, so setzte er dabei ja auch gleichzeitig den pulsatorischen Anfangsdruck herab und hierin dürfte vielleicht bei seinen Thieren ebenso wie bei meinem Kranken die Ursache für das Verschwinden des diastolischen Geräusches zu suchen sein.

Ich denke mir den Zusammenhang der Erscheinungen etwa folgendermaassen: Je stärker die durch die Ventrikelcontraction im Anfangstheil der Aorta gesetzte Drucksteigerung und pulsatorische Anspannung der Gefässwand ist, desto stärker ist natürlich beim Nachlass der Herzsystole der rückläufige Andrang des Blutes gegen die nunmehr geschlossenen Aortenklappen. Ist nun in denselben ein Defect vorhanden, so wird das in den Ventrikel zurückströmende Blut sich mit grösserer Gewalt durch den Defect hindurch pressen, desto stärkere Blutwirbel im Ventrikel aufrühren, und desto lautere diastolische Geräusche erzeugen, je höher der pulsatorische Anfangsdruck in der Aorta ist. Bei grösseren Defecten, welche viel Blut zurücklaufen lassen, werden die Schwankungen des Anfangsdruckes schwerlich einen wahrnehmbaren Unterschied in der Intensität des Geräusches erzeugen; bei kleinen Defecten aber dürfte wohl zuweilen der Fall eintreten, dass bei starkem pulsatorischem Anfangsdruck die diastolischen Blutwirbel stark genug sind, um ein Geräusch zu erzeugen, während bei niedrigem Anfangsdruck das Blut glatter und lautlos durch die Klappenlücke hindurch fliesst.

Dass dem in der That so sein kann, lässt sich durch ein einfaches Experiment beweisen. Wenn man den Schlauch eines mit Wasser gefüllten Irrigators an irgend einer Stelle ein wenig comprimirt, während das Wasser hindurch fliesst, so lässt sich leicht ein hör- und fühlbares Geräusch unterhalb der comprimirten Stelle erzeugen. Dieses Geräusch ist desto stärker, je höher der Irrigator über die comprimirte Stelle erhoben wird, und wird desto schwächer, je niedriger man den Krug hält. Schliesslich schwindet das Geräusch vollständig, wenn man den Krug tief genug senkt und dadurch den Wasserdruck im Schlauch genügend herabsetzt.

Dass es bei der Entstehung des diastolischen Geräusches gewiss auch sehr auf die Form des Defectes und die mehr oder weniger zerklüftete Gestalt des Engpasses ankommt, durch den das Blut hindurch strömt, ist selbstverständlich und braucht hier nicht weiter erörtert zu werden.

Noch einem Einwand, den man möglicherweise gegen die Richtigkeit meiner Diagnose erheben könnte, möchte ich hier begegnen. Es könnte vermuthet werden, dass es sich garnicht um eine Insufficienz der Aortenklappen, sondern lediglich um ein Beispiel der sog. anorganischen diastolischen Blutgeräusche gehandelt habe, deren Vorkommen ja nicht mehr bestritten werden kann. Dem gegenüber habe ich anzuführen, dass die ganze Krankengeschichte wohl nicht gut einen Zweifel daran zulässt, dass in der That ein organischer Herzfehler vorlag. Für einen solchen sprachen die seit Jahr und Tag immer wiederkehrenden Anfälle von Herzschmerz, sowie das Herzklopfen und die Kurzathmigkeit bei geringen Körperbewegungen bei einem sonst gesund scheinenden, nicht anämischen jungen Mann. Dafür sprach auch die geringe, aber immerhin deutlich erkennbare Vergrösserung des linken Ventrikels. Es wäre gezwungen das diastolische Geräusch, welches, abgesehen von seiner Unbeständigkeit, alle Charakteristika eines durch Insufficienz der Semilunarklappen der Aorta bedingten Geräusches an sich trug, hier nicht auf einen solchen Klappenfehler zu beziehen. Dass daneben ein mehr pfeifendes Geräusch am unteren Ende des Sternum auftrat, hat mich freilich anfangs stutzig gemacht; ich vermuthe, dass dasselbe als accidentelles Blutgeräusch in der Vena cava inferior entstanden ist, allein ich halte es nicht für richtig, deshalb die sonst wohlbegründete Annahme einer Insufficienz des Aortenostiums fallen zu lassen.

Aus meiner ganzen Auseinandersetzung geht hervor, dass ich im vorliegenden Fall nur einen *kleinen* Defect der Semilunarklappen der Aorta annehmen kann; nur bei relativ *kleinen* Einrissen der Aortenklappen hat ja auch Timofejew sein diastolisches Geräusch durch Erniedrigung des Blutdruckes zum Schwinden gebracht, und nur bei einem kleinen Defect ist es verständlich, dass mein Patient keine stärkere Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels zeigte und das Duroziez'sche Doppelgeräusch in der Cruralarterie vermisst wurde.

Referate.

Ueber Sulfonal.

Zusammenfassende Darstellung der bisher erschienenen Arbeiten: Bezüglich der von Langgaard und Rabow mitgetheilten Angaben über die chemische Constitution und die Darstellung des Mittels verweisen wir auf unser Referat in № 24 dieser Wochenschrift.

Kast (Berl. klin. Woch. № 16) entdeckte die hypnotische Wirkung des Sulfonals bei Experimenten mit demselben an Hunden, prüfte dieselben an Menschen und fand, dass das Sulfonal bei nervöser Schlaflosigkeit, wie auch bei febriler, nach ½—2 Stunden ruhigen, festen, 5—8 Stunden dauernden Schlaf macht (bei durchschnittlich 1,0—2,0 pro dosi), dem nicht die geringsten unangenehmen Erscheinungen folgten. Auf Herz und Gefässsystem, die Elemente des Blutes, sowie die Magendarmschleimhaut ergaben die Versuche keinen ungünstigen Einfluss, daher das S. auch von Herz- und Magenkranken gut vertragen wird. Verabreichung: pulverisirt in warmer

[4]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge № 144 und 145 und Berl. klin. Wochenschr. № 35. 1880.

[5]) Wetzel: Ueber den Blutdruck im Fieber. Zeitschr. für klin. Med. Bd. V. 1882.

[6]) Cfr. O. Rosenbach: Ueber artificielle Herzklappenfehler. Arch. f. experimentelle Pathologie und Therapie Bd. IX. 1878.

Milch, Thee etc. Die übrigen «Disulfone» zeigten keine ähnliche Wirkung.

Rabbas (Berl. klin. Woch. № 17) kam nach Versuchen an 27 Geisteskranken zum Schluss, dass Sulfonal schon in mittleren Dosen (2,0—3,0) sicherer und besser wirkt als Amylenhydrat und Paraldehyd in grösseren Dosen und diese Mittel in Bezug auf Geruch und Geschmack übertrifft. Der Schlaf tritt meist nach ½ Stunde, selten nach 1—2 Stunden, ein und dauert 6—8 Stunden: ist andauernder als nach Chloral. Auch bei aufgeregten Kranken gute Wirkung. Steigerung der Dosis bei längerer Verabreichung scheint nicht erforderlich. Gar keine üblen Nachwirkungen, auch bei fortgesetztem Gebrauch.

Schmey (Therap. Monatsh. № 7) hatte einem arteriosklerotischen Kranken, der an Angina pectoris und Schlaflosigkeit litt, durch Amylnitrit u. Amylenhydrat (3,0 pro dosi) grosse Erleichterung verschafft. Da der Kranke das letztere Mittel nicht mehr nehmen wollte, verordnete ihm S. 2,0 Sulfonal, dessen Wirkung eine «fürchterliche» war, indem ein äusserst starker Anfall von Angina pectoris auftrat, welcher nur durch starke Einathmungen von Amylnitrit gehoben werden konnte; dabei trat kein ordentlicher Schlaf, sondern 2 Stunden nach der Einnahme des Sulfonals eine Art Halbschlummer ein, welcher durch stenocardische Anfälle immer wieder unterbrochen wurde; diese Paroxysmen wiederholten sich in den folgenden 2 Tagen. Schmey warnt daher vor der Anwendung des Sulfonals bei Angina pectoris und Arteriosklerosis.

Georg Müller (Therap. Monatsh. № 8) theilt, gegen Schmey, einen Fall von Arteriosklerose bei einem 72-jährigen Herrn mit, der wegen heftigster Athembeschwerden 10 Tage lang das Bett hütete und durch Morphium und Chloral in Delirien mit bedeutender Erregung verfiel. Abends 8 Uhr wurde 1,0 Sulfonal gegeben, um 11 Uhr trat ein fast die ganze Nacht hindurch währender Schlaf ein; die zweite Nacht wurde ohne Sulfonal leidlich verbracht, nach 1,0 am dritten Abend verabreichten Sulfonal erschien wiederum langer erquickender Schlaf, worauf sich Allgemeinbefinden, Puls, Athmung und Appetit sehr hoben.

Salgó (Wien. med. Wochenschr. № 22) hat das Sulfonal nur gegen Schlaflosigkeit bei Geisteskranken verordnet, es wirkt recht gut, wenn auch nicht so günstig, wie Chloralhydrat; in weniger vorgeschrittenen Fällen von paralytischer Geistesstörung trat guter, bis 6 Stunden dauernder Schlaf ein. Gute Wirkungen sah S. in einem Falle von schwerer viriler Hysterie, einem von hypochondrischer Depression mit Idiosynkrasie gegen Hyoscin, in einem von Epilepsie mit zeitweiliger Agrypnie und in einem von melancholischer Depression mit Selbstanklagedelirien.

Cramer (Münchenn. med. Wochenschr. № 24) hat an 49 Kranken 407 Beobachtungen gemacht. Das Sulfonal rief bei 2,0—3,0 pro die et pro dosi in 92,6% einen mehr als 5-stündigen Schlaf hervor, in 7,4% dauerte derselbe kürzere Zeit und trat meist nach einer ¼—½, seltener nach 1—2 Stunden nach dem Einnehmen des Mittels ein. Wurde dieses in refracta dosi, an Angstgefühl leidenden Melancholikern gegeben, so wurde während der Wirkung des Mittels eine schläfrige Müdigkeit beobachtet, welche das Angstgefühl unterdrückte. Nachts schliefen die früher schlaflosen Kranken ohne zu erwachen 6—8 Stunden.

Cramer (Therap. Monatsh. № 8) hat die Einwirkung einiger der gebräuchlichsten Schlafmittel auf den Verdauungsprocess experimentell geprüft und ist für Chloralhydrat, Paraldehyd, Amylenhydrat und Sulfonal zu folgendem Resultate gelangt:

1) Die diastatische Wirkung gemischten Mundspeichels wird durch Paraldehyd, Amylenhydrat und Sulfonal in keiner Weise beeinträchtigt.

2) In sehr verdünnten Lösungen (¹/₈₀) stört Chloral, Paraldehyd, Amylenhydrat und Sulfonal die fibrinverdauende Wirkung künstlichen Magensaftes nicht in bemerkbarer Weise, dagegen tritt in concentrirten Lösungen (¹/₂₀) durch Chloral, Paraldehyd und Amylenhydrat eine deutliche Verzögerung der Verdauung ein. Beim Sulfonal, welches in solcher Concentration nur theilweise gelöst wird, lässt sich ein bindender Schluss in dieser Richtung nicht ziehen.

3) Die fibrinverdauende Wirkung künstlichen Pankreassaftes wird durch die einzelnen der genannten Schlafmittel in verschiedener Weise beeinflusst:

Chloralhydrat und Paraldehyd verzögern in ausgesprochenster Weise die Lösung des Fibrins auch in einer Concentration von ¹/₈₀, weniger nachtheilig zeigte sich in dieser Richtung das Amylenhydrat, während in den Versuchen mit Sulfonal ein ungünstiger Einfluss auf die Pankreasverdauung nicht festgestellt werden konnte.

In wie weit die klinischen Erfahrungen sich mit diesen experimentellen Resultaten in Einklang bringen lassen, kann vorläufig noch nicht erörtert werden.

James Fränkel (Berl. klin. Wochenschr. № 30) hat nahezu 100 Mal das Sulfonal bei Geisteskranken und bei Geistesgesunden angewandt, aber kein so günstiges Gesammtresultat, wie die früheren Beobachter erhalten. Die Ursache dessen liegt in einem unreinen, aus der Riedel'schen Fabrik bezogenen Präparate, das von dem Bayer'schen durch seinen Geruch und einen bitteren, 1—2 Stunden anhaltenden Nachgeschmack sich auszeichnete: auch traten unangenehme (von anderen Beobachtern übrigens nicht gesehene) Nebenwirkungen — Mattigkeit, Abgeschlagenheit der Glieder, Benommenheit des Kopfes — ein.

A. Martin (Wien. med. Presse № 30) fand, dass 0,50 Sulfonal, Abends eingenommen, die nächtlichen Schweisse der Phthisiker günstig beeinflusst und den Kranken 4-stündigen ruhigen und natürlichen Schlaf giebt.

Mathes: «Beitrag zur hypnotischen Wirkung des Sulfonals». (Centralbl. für klin. Med. № 40).

Verf. versuchte das Mittel an 27 Kranken, der Erfolg davon war ein ausgezeichneter bei rein nervöser Agrypnie, bei Herzkranken mit und ohne Compensationsstörungen, im Anfangsstadium der progressiven Paralyse, bei Apoplexien und bei Neuralgien; bei Schmerzen auf nicht neuralgischer Basis blieb es wirkungslos, ebenso bei Hustenreiz, Delirium tremens, bei Manie und Delirium. Eine Gewöhnung an das Mittel findet nicht statt, wohl wurde aber ein Mal eine cumulative Wirkung gesehen. Meist genügte 1,0 zur Wirkung.

Max Engelmann: «Sulfonalexanthem». (Münchener med. Wochenschrift № 42).

Bei einer 40-jährigen Frau, welche wegen Schlaflosigkeit 2,0 Sulfonal genommen hatte, trat kein Schlaf, wohl aber gegen Morgen unter mässigem Jucken an den äusseren Seiten beider Mammae ein diffuses scharlachartiges Exanthem auf, welches am Abend desselben Tages die Innenseiten beider Oberarme und das Sternum in symmetrischer Ordnung ergriff und am Morgen darauf sich auf die Innenseite beider Brüste bis in die obere Magengegend ausgebreitet hatte, woselbst der Ausschlag der einen Seite mit dem der anderen confluirte. Am dritten Tage ging der Ausschlag, der jetzt recht heftig juckte, unter schwach in's Livide spielender Verfärbung langsam zur Norm über.

William J. Smith: «Ueber das physiologische Verhalten des Sulfonals». Mitgetheilt von Prof. E. Baumann. (Therap. Monatsh. № 11).

S. prüfte an Hunden die durch Sulfonal gesetzten Veränderungen des Stoffwechsels und ist zu folgenden Resultaten gekommen:

1) Das Sulfonal wird in mässigen Dosen durch den Stoffwechsel *vollständig* in leicht lösliche organische Schwefelverbindungen (Sulfosäuren) umgewandelt, wodurch es sich von vielen anderen Disulfonen, welche unverändert ausgeschieden werden, unterscheidet.

2) Die Schwefelsäurebildung wird durch die Eingabe von Sulfonal garnicht verändert, was für die grosse Beständigkeit der aus dem Sulfonal gebildeten Verbindungen spricht.

3) Mässige Dosen Sulfonal beeinflussen den Stoffwechsel garnicht.

A. Ott: «Zur Kenntniss der neuen Arzneimittel: Phenacetin und Sulfonal». (Prag. med. Wochenschr. № 40).

Phenacetin «feiert die grössten Triumphe» bei Hemicranie und Occipitalneuralgie; sehr gut wirkte es in 2 Fällen von Cardialgie und einem Falle von Intercostalneuralgie, überhaupt ist es eins der besten Mittel bei peripheren oder Reflexneuralgien. Gabe: einmalig 0,5, 0,6—0,7 (nach Rumpf: Neurolog. Centralbl. zu 1,0. Ref.).

Sulfonal in Gaben schon von 1,0, noch besser 2,0 sehr brauchbares Schlafmittel. Während Morphiumabgewöhnung blieben selbst 3,0 wirkungslos, was mit der Beobachtung Oesterreicher's, dem bei Morphiumabstinenz das Sulfonal seine Wirkung versagte, übereinstimmt.

Ueber die Arbeiten von Schwalbe (D. med. Wochenschr. № 25), Oesterreicher (Berl. klin. Wochenschr. № 25) und Rosin (Ibid. № 25) ist in № 40, 46 und 45 dieser Wochenschrift referirt worden. (Referate z. Th. nach Therapeut. Monatsh.). Hz.

Th. Weyl: Ueber Anthrarobin und Chrysarobin. (Pflüger's Archiv für Physiologie. XLIII. Heft 8).

Das Anthrarobin (Desoxyalizarin) ist auch in grossen Dosen (0,8 p. kg. Kaninchen, 0,25 beim erwachsenen Menschen etc.) bei subcutaner, cutaner und stomachaler Application durchaus ungiftig. Es erscheint im Harn zum grossen Theil unverändert, zum kleineren in oxydirter Form als Alizarin. Es gelingt leicht, verfüttertes Anthrarobin im Harn in Alizarin überzuführen und als solches nachzuweisen. Das Chrysarobin ist dagegen bei interner Darreichung schon in kleinen Dosen giftig und ruft Diarrhoen, Erbrechen und Albuminurie hervor. Falls daher die Empfehlung von Behrend etc. weitere Bestätigung finden sollte, so ist das Anthrarobin jedenfalls dem Chrysarobin vorzuziehen. G—r.

Max Reichert: Ueber die locale Anwendung der Kamphersäure (D. med. W. № 36 und 37. 1888).

Bei Angina faucium und Tonsillitis ist 1—2% Lösung von Kamphersäure als Gurgelwasser oder Spray den anderen üblichen Lösungen vorzuziehen. Bei Diphtherie hat Reichert keine Erfolge von der Kamphersäure gesehen. Bei Pharyngo-Laryngitis und Tracheitis sind Inhalationen von ½—1% Lösungen zu empfehlen; ferner bei Larynxphthise Einspritzungen oder Einstäubungen von 2—6% Lösung. Im Allgemeinen ist die Wirkung bei sehr geringer Reizung erheblich adstringirend und desinficirend. Max Schmidt.

Jelin: Ichthyol bei Erysipelas. (Med. Obsr. № 18).

Verf. ist im Stande, den von Byljew, Ssorokin und Preobrashenski mitgetheilten Fällen von erfolgreicher Behandlung der Rose mit Ichthyol (cf. diese Wochenschr. № 38), noch zwei hinzuzufügen. Er benutzte dazu die Unna'sche Mischung: Ichthyoli, Spirit. aether. āā 10, Collodii 20; beide Male stand der Process nach zwei Bestreichungen, wobei auch die der Rose benachbarten gesunden Theile mit bepinselt wurden; beide Kranken litten an Erysipelas faciei et capitis. Hz.

A. Bloch: Ueber die Behandlung von Metrorrhagien, bedingt durch Retention von Abortusresten. (Centralbl. für die gesammte Therapie. IV. Heft. April 1888).

Der Vf. theilt das Princip mit, nach welchem auf Prof. Breisky's Klinik in Wien immer vorgegangen wird, wenn es sich um die Beseitigung von Blutungen handelt, die durch einen vor längerer Zeit stattgehabten Abortus bedingt sind. Der therapeutische Vorgang lässt sich in Kürze folgendermaassen zusammenfassen: 1) Desinfection des Genitalcanals. 2) Langsame Dilatation mit entsprechend zubereiteten und desinficirten Laminariastiften. 3) Desinfection und Austastung des Uterus mit dem Finger, um sich über Sitz und Form der Eihautreste genau zu orientiren. 4) Stumpfe Entfernung derselben mit der Polypenzange und abermalige Desinfection des Genitaltractus. Als Desinficiens wird 3—5% lauwarme Carbolsäurelösung gebraucht. Sublimatlösung wird, wegen der Gefahr einer Intoxication, niemals zu intrauterinen Ausspülungen benutzt. Die allmälige und langsame Dilatation des Uterus wird von Breisky, ebenso wie von B. Schultze der brüsquen raschen Erweiterung mittelst der Hegar-schen Stifte oder eigens hierzu construirter Dilatatoren vorgezogen, weil einerseits die durch die schnelle Dilatation bedingte traumatische Einwirkung (Fissuren) vermieden wird, andererseits der dilatirende Stift neben seiner mechanischen noch eine dynamische Wirkung ausübt, nämlich die Quellung und Auflockerung, sowie die Dilatationsfähigkeit des Cervix. Das Gewebe des Cervix wird bei der allmäligen Erweiterung succulenter, weicher und die Erweiterung kommt unter wesentlicher Mithilfe von Uteruscontractionen zu Stande, so dass der Uterus im kleinen Maassstabe dieselben natürlichen Veränderungen eingeht, wie sub partu, mit dem bedeutenden Effecte, dass man nach dem ersten gewiss aber nach dem Einlegen eines folgenden Stiftes fast in jedem Uterus bis an den Fundus gelangen und die ganze Innenfläche abtasten kann. Der Vortheil dieser dynamischen Wirkung tritt besonders ersichtlich in jenen Fällen hervor, wo der Uterus leer und frei von Eihautresten ist und wo die frühere im Anschlusse an einen Abort entstandene Blutung dauernd aufhört durch Einleitung von zur normalen Involution des Uterus führenden Contractionen. Ueberhaupt ist auch in Deutschland eine Reaction gegen die schnelle Dilatation des Uterus und besonders gegen die intrauterine Therapie ohne vorausgeschickte Erweiterung bemerkbar. Von den Quellmitteln hat sich in Breisky's Klinik die Laminaria als das beste erwiesen. Pressschwamm wird hauptsächlich deshalb nicht benutzt, weil er sich leicht mit dem Gewebe verfilzt, und so ausgedehnte Epitheldefecte herbeiführt, Tupelostifte nicht, wegen ihrer grossen Brüchigkeit und ihres geringen Quellungsvermögens. Die Laminariastifte, von denen man stets mehrere verschiedener Dicke vorräthig hat, sind cylindrisch, glatt, an beiden Enden abgerundet, hohl, am querdurchbohrten Vaginalende mit einem starken Seidenfaden versehen, 5—7 Ctm. lang. Selbstverständlich ist der Quellstift vor der Anwendung gründlich zu desinficiren. Nach Chrobak geschieht es in der Weise, dass derselbe in einem mit 5% Carbolsäurelösung gefüllten Probirgläschen einige Minuten gekocht und dann in Jodoform- oder Sublimatgaze getrocknet und aufbewahrt wird. Der durch das Kochen gequollene und in seinem Volumen veränderte Stift, schrumpft beim Trocknen und nimmt seine frühere Gestalt an. Um den Stift schlüpfriger und leichter einführbar zu machen, wird er vor dem Gebrauch in eine Carbolglycerinlösung eingetaucht. Die Einführung geschieht mit der gebräuchlichen langen Kornzange. Das Herausgleiten des eingeführten Stiftes wird durch einen vor denselben in die Scheide eingeführten Jodoformgazestreifen oder -tampon verhindert. Gewöhnlich ist schon nach acht Stunden der Cervix so weit dilatabel und locker, dass man bequem mit dem Finger in das Uteruscavum dringen kann. Selten wird die Einführung eines zweiten Stiftes von grösserem Kaliber nöthig.

Zur Entfernung der Eihautreste bedient sich Breisky einer etwas zarter gebauten, gut fassenden Uteruspolypenzange, die parallel zur Uteruswand einwirkt und daher bedeutend schwerer eine Perforation derselben herbeiführen kann, als die senkrecht wirkende Curette. Andererseits kann mit der Polypenzange oder mit der Schultze-schen Löffelzange alles wirklich Pathologische unter Controlle des Fingers aus dem Uterus eliminirt werden, während die Curette gesunde und kranke Uterusschleimhaut gleichmässig trifft. —ss.

J. Lindmann: Ueber subcutane Knotenbildung bei acutem Gelenkrheumatismus. (D. med. W. № 26. 1888).

1) Bei Gelenkrheumatismus, hauptsächlich im Kindesalter, kommen mitunter als Symptome der Erkrankung subcutane Knoten vor.

2) Sehr häufig ist gleichzeitig Herzaffection, mitunter mit Chorea verbunden.

3) Die Knoten sind mitunter die einzigen Symptome der noch vorhandenen rheumatischen Affection; mitunter exacerbirt mit ihrem Erscheinen die Herzaffection.

4) Sie veranlassen kein therapeutisches Einschreiten.

Max Schmidt.

Oberstabsarzt Pfuhl: Typhus abdominalis mit Icterus. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Heft 9 und 10. 1888).

Verf. beschreibt in der genannten Abhandlung eine im Sommer 1885 zur Beobachtung gekommene Typhusepidemie im 1. Thüring. Inf. Reg. № 31, die einen ganz besonderen Verlauf der einzelnen mit Icterus complicirten Fälle aufwies. Verf. bringt Temperatur- und Pulscurven, berücksichtigt die Literatur recht eingehend (die Weil-sche Erkrankung, gelbes Fieber etc.), äussert sich eingehend über die verschiedenen Behandlungsmethoden, berichtet über die von ihm nach bacteriologischen Grundsätzen angestellten Untersuchungen des Wassers in der Elbe, spec. in der von den Kranken besuchten Badeanstalt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die betreffenden Erkrankungen gehören der Abortivform des Abdominaltyphus an. Im Wasser wurden keine Typhusbacillen nachgewiesen.

2) Der im Verlaufe der Krankheitsfälle beobachtete Icterus verdankt seine Entstehung nicht dem typhösen Krankheitsgift als solchem, sondern einer anderen, nicht ermittelten specifischen Schädlichkeit, gehört also in das Gebiet der sogenannten Mischinfectionen.

3) Als Ursache will Verf. das beim Baden öfters vorkommende Verschlucken des Wassers, in welchem vielartige faulende Stoffe, sogar Fäcalmassen nachgewiesen wurden, annehmen.

Wir können die Schrift durchaus als lesenswerth empfehlen. Speciell den zur St. Petersburger Garnison gehörenden Militärärzten werden der behandelte Gegenstand und die Schlussfolgerungen Interesse gewähren, da die Verhältnisse im Lager in Krasnoje Selo mit den Stauungsseen und dem Flüsschen Ligowa, in denen unsere Soldaten sich und ihre Pferde baden, bei der während der Lagerzeit stets herschenden Epidemie des Typhus abdominalis, unwillkürlich dem Leser der genannten Schrift vor Augen tritt. —i—

G. H. Rohé (Baltimore): Studien über Hirsuties. Vortrag. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie. № 1. 1888).

Nachdem Verf. in knappen Zügen die verschiedenen Theorien über diese Abnormität (Darwin — Zuchtwahl; Wallace und Morphy — Anpassung; Grant Allan — natürliche Auslese; Unna — Bildungshemmung d. h. Fortbestehen des primitiven, intrauterinen Typus) skizzirt, kommt er zu dem Schluss, dass alle diese Theorien unzulänglich sind und schreitet selbst zu einem Versuche das Problem zu lösen, kommt aber auch nicht weiter, als zur Thatsache, dass der Zustand erblich ist. Er recapitulirt die bekannten Fälle von Hirsuties von Esau bis auf Fedor Jeftichjeff, giebt kurze Notizen über ihre nächste Ascendenz und Descendenz, wobei er merkwürdiger Weise in der Thatsache, dass 2 Haarmenschen aus ein und demselben Gebiet, Laos in Indien, stammten, scheinbar einen Beweis für die Existenz einer behaarten Familie oder gar eines ganzen Stammes erblicken will. Weiterhin hebt er hervor, dass bei allen mit Hirsuties behafteten Menschen mangelhafte Zahnbildung constatirt wird, so dass in einzelnen Fällen die Zahl 9 nicht überstiegen wird. Als Seitenstück dazu führt er die Angabe Darwin's an, dass bei haarlosen Hunden der gleiche Mangel an Zähnen zu sehen ist (was wohl für die Unna'sche Theorie sprechen dürfte. Ref.); Atavismus lässt Verf. in Hinsicht darauf, dass bei pathologischen Zuständen eine derartige Tendenz bisher nicht zu constatiren gewesen, nicht zu. Die Bevorzugung des männlichen Geschlechts erklärt er aus der an und für sich stärkeren Behaarung desselben. Rasseneigenthümlichkeiten mögen auch eine Rolle spielen, dafür sprechen die häufigen Schnurrbärtchen der Jüdinnen und Provençalinnen. Stets macht sich Heredität bemerkbar. Weiterhin erwähnt er der neueren entwickelungsgeschichtlichen Hypothese, dass das Epiblast von den männlichen, Meso- und Hypoblast von den weiblichen Zeugungsstoffen herstammen und glaubt mithin, dass Epithelanomalien in der männlichen, Cutisanomalien in der weiblichen Linie vererben. Schliesslich macht er auf acquirirte Hirsuties aufmerksam z. B. durch Neurosen, Reizungen peripherer Natur etc. Zur Lösung der Frage führt er, wie gesagt, nichts Thatsächliches an. E. K. (Qu.)

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Emil Pfeiffer: Wiesbaden als Curort. Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann. 8°. 64 Seiten.

Georg Letzel: Bad Krankenheil-Tölz. Tölz 1888. Verlag von E. Stahl's Buchhandlung. 8°. 56 Seiten.

E. Lier: Ueber Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten. Hamburg und Leipzig 1888. Verlag von Leopold Voss. 8°. 18 S.

G. v. Liebig: Die pneumatischen Kammern und die Indicationen für den Gebrauch des erhöhten Luftdrucks. Separatabdruck aus «Wiener med. Wochenschr.» № 17 und 18. 1888.

A. Werigo: Analyse des Wassers und Schlamms aus dem Salz-Liman von Budaki. (Russisch). Odessa 1888. Typographie des „Одесскій Вѣстникъ". 8°. 13 Seiten.

Im Frühjahr, wenn die grosse Bewegung beginnt, die Pilgerfahrt der Kranken nach den verschiedenen Badeorten und Curorten ihren Anfang nimmt, dann bringen die Heilstätten sich auch in Erinnerung und die Badeschriften werden gleichsam als Visitenkarten abgegeben. Meist eine Frucht winterlicher Musse, bringen sie nicht bloss ihre Brunnen, ihre Curmittel etc. in Erinnerung, sondern sie wissen in der Regel der Sache einen neuen Gesichtspunct abzugewinnen und durch erneute Untersuchungen und Casuistik die Indicationen abzugrenzen und klarer zu stellen. So die Mittheilungen

über Oberflächen- und Tiefenwirkung des Chlorcalciums von Lier, so die Wirkung der Wiesbadener Bade- und Trinkcur auf Gichtische und auf die freie Harnsäure im Urin der Gichtischen von Pfeiffer. Für den praktischen Arzt ist es ein dankenswerthes Unternehmen, er wird auf dem Laufenden erhalten, und wenn er in die Lage kommt, für seine Clienten eine Entscheidung zu treffen, so mögen ihm auch obige Schriftchen zu seiner Belehrung empfohlen sein.

Max Schmidt.

Wilhelm Roth: Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. XIII. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1887. Berlin 1888.

Wiederum begrüssen wir mit Freuden einen Jahresbericht über die Fortschritte des Militär-Sanitätswesens aus der Feder oder, richtiger gesagt, geschaffen unter der bewährten Oberleitung des um das Militär-Sanitätswesen so sehr verdienten Generalarztes Dr. W. Roth. Die Anordnung des Materials ist die frühere: I. Geschichtliches, II. Organisation, III. Förderung der wissenschaftlichen Thätigkeit im Sanitätswesen, IV. Militär-Gesundheitspflege, V. Dienstbrauchbarkeit und deren Feststellung, VI. Armeekrankheiten, VII. Militär-Krankenpflege, VIII. Gesundheitsberichte, IX. Marine-Sanitätswesen, X. Verschiedenes. — Auf den reichhaltigen, nicht nur dem Militärarzt, sondern Jedem, der sich für Hygiene, Volksgesundheit und Sanitätsverhältnisse in den verschiedensten, der Cultur mehr oder weniger zugänglich gewordenen Ländern in Kriegs- und Friedenszeiten interessirt, eine Fülle von Belehrung bietenden Inhalt können wir nicht näher eingehen, empfehlen aber das Buch dringend.

—i—

Prof. P. Baumgarten: Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën. III. Jahrgang 1887. Braunschweig 1888. Harald Bruhn. 517 Seiten mit Autoren- und Sach-Register. Preis 12 Mark.

Im vorliegenden stattlichen Bande hat der Autor mit nicht hoch genug zu schätzendem Fleisse und eminenter Schaffenskraft wiederum die ganze einschlägige Literatur des Jahres 1887 den sich für das, obgleich noch junge, so doch unendlich wichtige Gebiet der pathogenen Mikroorganismen Interessirenden in handlicher Zusammenstellung und mit ausgezeichneten, von kritischen Bemerkungen begleiteten Referaten zur Verfügung gestellt.

Im Ganzen ist der Bericht nach demselben Programm, wie seine Vorgänger, ausgearbeitet worden, nur dass die Referate — wenigstens die ausführlicheren derselben — *noch* strenger innerhalb der Grenzen des Gebietes der *pathogenen* Mikroorganismen gehalten und dass die in die *Pflanzen*-Pathologie einschlägigen Abhandlungen, welche so zahlreich sind, dass sie *allein* einen Bericht auszufüllen im Stande wären, ganz unberücksichtigt gelassen wurden. Trotzdem hat der Umfang des diesmaligen Berichtes gegenüber seinem Vorgänger wiederum zugenommen, da an Stelle von 535 im vorjährigen Berichte besprochenen Abhandlungen, die Zahl derselben sich im diesmaligen Berichte auf 817 beläuft. Es ist angesichts dieser grossartigen Entfaltung der bacteriologischen Forschungen die Befürchtung ausgesprochen worden, dass hierdurch andere ebenso wichtige medicinische Arbeitsgebiete vernachlässigt und in ihrer Entwickelung gehemmt würden. Wie unbegründet diese Besorgniss sei, in dieser Hinsicht verweist Baumgarten auf den Inhalt seiner Berichte, indem derselbe klar erkennen lässt, in wie inniger Wechselwirkung die bacteriologischen Forschungen mit fast allen Zweigen der medicinischen Wissenschaften sich befinden und wie ausserordentlich alle diese Zweige in ihrer Entwickelung durch die Verbindung mit der Bacteriologie gefördert worden sind, indem nicht nur die Aetiologie aufgeklärt, sondern auch dem Studium der pathologischen Anatomie und speciell der Histologie durch die modernen bacteriologischen Ermittelungen ein ganz neuer Impuls verliehen wurde.

Zunächst werden die im Jahre 1887 erschienenen Lehrbücher und Compendien besprochen, von denen einige, wie diejenigen von E. Klebs und C. Fraenkel, bereits im vorigen Jahrgange unserer Wochenschrift berücksichtigt worden sind. Es folgen darauf die Original-Abhandlungen und zwar zuerst unter den parasitischen Organismen diejenigen, welche sich auf Kokken beziehen. Es werden der Reihe nach die Arbeiten besprochen über pyogene, Endocarditis-, Erysipel-, Pneumonie- und Meningitiskokken. Es folgen die Kokken bei Variola, Varicellen, Vaccine, bei Pemphigus und bei Keratitis phlyctaenulosa, der Scarlatinakokkus (?) und im Anhang die Kettenkokken bei Nephritis kleiner Kinder. Ferner der Gonorrhoekokkus und der Trachomkokkus (?), die Kokken bei Syphilis, bei Mycosis fungoides, bei Orientbeule. Dann die Kokken der «Tuberculose zoogléique» und des «Myko-Desmoids» (Johne) der Pferde. Endlich die Kokken bei chronischer Mastitis der Rinder, bei Beri-Beri, bei Gelbfieber, bei Dengue-Fieber und bei Noma. Zum Schluss dieses Abschnittes giebt B. eine kurze Besprechung derjenigen Arbeiten, welche versucht haben, ein specifisches Lyssa-Mikrobion zu ermitteln, und eine ziemlich vollständige Zusammenstellung der einschlägigen Literatur über die Hundswuth-Präventivimpfungen Pasteur's, wodurch er sich gewiss den Dank aller Derjenigen gesichert hat, welche sich über dieses Sensation machende Thema näher zu orientiren wünschen.

Es folgen als zweite Unterabtheilung Referate von Arbeiten über den Bacillus des Milzbrandes, des Rauschbrandes, des malignen Oedems, des Rothlaufes, der Rinder-, Wild- und Schweineseuche, der Geflügelcholera und der septischen Pleuropneumonie der Kälber, über Typhus-, Rotz-, Tuberkel- und Lepra-Bacillus, über Syphilis- und Smegma-Bacillen, über Rhinosclerom- und Tetanus-Bacillus, über Bacillen bei Diphtherie, bei Xerosis conjunctivae und der acuten Conjunctivitis, über den «Bacillus malariae» und Friedländer's Pneumonie-Bacillus und eine ganze Reihe weiterer Bacillen, von denen wir nur noch die Arbeit Afanassjew's über den «Bacillus tussis convulsivae» und die Arbeiten über den sog. «Carcinom-Bacillus» erwähnen wollen.

Hieran schliessen sich Referate von Arbeiten über Spirillen, Actinomyces, Hyphomyceten, Protozoën und Mycetozoën.

Im zweiten Abschnitte werden Arbeiten über saprophytische Mikroorganismen besprochen. Den dritten recht umfangreichen Abschnitt bilden Arbeiten über allgemeine Mikrobienlehre, während Arbeiten über allgemeine Methodik, Desinfectionspraxis und Technisches den Schluss bilden. Wie wir aus diesem flüchtigen Ueberblicke ersehen, hat das Jahr 1887 wiederum ausgiebige Beiträge auf allen Specialgebieten der Mikrobienlehre gebracht und lässt sich hoffen, dass bei andauerndem Fleisse von Seiten der Autoren sich die einzelnen Fragen derselben immer schneller klären dürften.

—x.

J. Schreiber: Praktische Anleitung zur Behandlung durch Massage und methodische Muskelübungen. Wien und Leipzig 1888, Urban & Schwarzenberg. 3. Auflage. 8°. 388 Seiten.

Die vorliegende dritte Auflage dieses vorzüglichen Handbuches, welches inzwischen in mehrere ausländische Sprachen übersetzt worden, bietet eine bedeutende Bereicherung gegenüber den ersten Auflagen; die wissenschaftlichen Arbeiten auf diesem Gebiet sind fleissig berücksichtigt worden, Geschichte, physiologische Wirkung sowie der praktische Theil haben bedeutende Erweiterungen erfahren, so dass die neue Auflage 6 Bogen grösser ist als die vorhergehende und die Zahl der Zeichnungen von 117 auf 150 gewachsen ist. Das Buch giebt jetzt eine vorzügliche Darstellung der deutschen Heilgymnastik sowie der Massage, während die schwedische Heilgymnastik nicht sehr vollständig vertreten ist; mir scheint, dass Vf. dieselbe nicht durch eigene Anschauung kennen gelernt hat. Jedenfalls ist aber das Buch ganz vorzüglich, ungemein praktisch und dürfte auch jedem praktischen Arzte von grösstem Nutzen, ja als Nachschlagebuch unentbehrlich sein.

Buch (Willmanstrand).

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 7. September 1888.

1. Dr. Blumenbach stellt einen Fall von «Morb. macul. Werlhofii» vor: 7-jähriges Kind, vor 10 Tagen erkrankt. Verbreitung der Petechien über den Körper erfolgte in 24 Stunden. Verlauf fieberlos, Blutungen aus Nase, Mund, Magen und Darm. Organe normal bis auf anämisches Blasen an der Mitralis.

2. Dr. Treymann: «Graviditas extrauterina». Operation. (Erscheint ausführlich im Drucke).

DDr. v. Stryk und Hach halten die Ausschabung vor der Operation nicht für gerechtfertigt. Letzterer weist auf die Gefahr des blossen Sondirens hin, welches Ruptur des Fruchtsackes bedingen könnte. Die Diagnose hätte durch Punction sichergestellt werden können.

Dr. Treymann: Der fötide Ausfluss drängte zum Evidement, welcher Eingriff wegen der leichten Zugänglichkeit des Uteruscavum gefahrlos erschien. Das zersetzte Fruchtwasser und der zerreissliche Sack hätten eine Punction verhängnissvoll werden lassen können.

Dr. Miram: Die Punction hätte vermuthlich die Placenta, als den palpirten Tumor getroffen.

Dr. v. Hübner: Warum die Placenta, deren Verödung anzunehmen gewesen wäre, nicht entfernt worden.

Dr. Treymann: 3 Wochen nach Absterben der Frucht, wie in casu, gebe das Zurücklassen der Placenta die besten Erfolge. Litzmann, der erst 3 Monate nach dem Fruchttode operirte, habe dann die Placenta soweit verödet gefunden, dass er sie habe durchschneiden können. In seinem Falle sei die Nachgeburt noch sehr blutreich gewesen und fast in toto festhaftend gefunden worden.

Auf Dr. v. Hübner's Frage nach dem Sitze der Placenta berichtet Vortragender, sie habe dem palpirten Tumor entsprochen. Der Fruchtsack sei so dünn gewesen, dass man ihn überhaupt nicht hätte fühlen können.

Dr. Hach: Veit warte nicht ab, sondern operire sofort.

Dr. Treymann: Bei Veit's Operationen handelte es sich um gestielte Fruchtsäcke, bei intraligamentöser Entwickelung sei auf gute Stielbildung nicht zu rechnen. In einem Falle exstirpirte Brühl den Sack mit tödtlichem Ausgange, in seinem zweiten Falle habe er wie Vortragender operirt und zwar mit günstigem Erfolge.

Dr. Hach: Auch Veit lasse den Sack auseitern.

3. Dr. Gähtgens: «Ueber die Bedeutung der Lungengymnastik als Prophylacticum»

Zu ausgiebiger Ventilation namentlich der Lungenspitzen sei eine

gewisse Muskelkraft erforderlich und die aufrechte Körperhaltung nothwendige Vorbedingung. In frühester Jugend schon seien die Kinder zum Tiefathmen in strammer Haltung anzuhalten; sei dann dadurch das Bedürfniss zu durchgreifender Ventilation geweckt, so setzten die Kinder unwillkürlich den Respirationsmodus fort. Ungenügende Athmungsthätigkeit hätte bei normalem Thorax mangelhafte Functionsfähigkeit und dadurch verringerten Widerstand der Lunge gegen eindringende Noxen zur Folge; viel grösser noch sei die Gefahr bei schlecht entwickeltem Brustkorbe, schlaffer Muskulatur, allgemein herabgesetzter Widerstandsfähigkeit: der vererbten Schwindsuchtsanlage. Folge mangelhafter Athmung seien, abgesehen von in erster Linie stehenden Lungenerkrankungen, weiter noch anämisch-chlorotische und nervöse Leiden.

Die gymnastische Ausbildung der Athmungsorgane bezwecke, durch methodisches Tief- und Vollathmen in reiner Luft das mangelhafte Athmen zu beseitigen resp. ihm vorzubeugen, die Lungen an normale Thätigkeit zu gewöhnen. Vortragender beabsichtige in seiner Anstalt Curse für Lungengymnastik, vorzüglich mit Kindern, zu eröffnen.

Dr. Schmidt, der den Erfolg der Gymnastik bei pathologischen Zuständen für constatirt hält, wünscht Aufschluss darüber, ob das Verfahren in praxi zur Erhöhung der vitalen Capacität gesunder Lungen geführt.

Dr. Gähtgens vermag diesbezügliche positive Daten nicht anzuführen; hält es aber für selbstverständlich, dass eine methodisch geübte Lunge der in ihrer Entwickelung vernachlässigten functionell überlegen sein müsste.

Dr. Schmidt beruft sich auf Waldenburg's Ausspruch, dass die Gymnastik umsomehr an Effect einbüsse, je mehr sich die Lunge der Norm näherte.

Dr. v. Hübner: P. Niemeyer gebe diesbezügliche positive Daten. Er befürchte, forcirte Uebungen könnten emphysemartige Zustände verursachen.

Dr. Hach lässt blutarme Mädchen eine Art Lungengymnastik üben, von der er die besten Erfolge gesehen.

Dr. Gähtgens: Ueberanstrengung könne allerdings Emphysem erzeugen, methodisches Tiefathmen dagegen sei gerade geeignet den Lungenbläschen ihre Elasticität wiederzugeben.

4. Dr. Helling verliest ein Schreiben des Hôtelwirthen Brückmann in Dubbeln, die Anzeige der beabsichtigten Eröffnung eines Winterpensionats für Reconvalescenten enthaltend.

Vermischtes.

— Der vor Kurzem verstorbene Director des Odessaer städtischen Augenhospitals, Dr. Heinr. Schmid, soll diesem Hospital ein *Capital von 6000 Rbl.* vermacht haben, von dessen Zinsen ein Bett im genannten Hospital auf den Namen des Stifters unterhalten werden soll.

— Von dem ehemaligen Moskauer Professor A. Rasswetow ist der Moskauer Universität eine *Spende im Betrage von 20,000 Rbl.* zugeflossen, deren Zinsen zu *zwei Prämien* verwandt werden sollen, von denen die eine für die medicinische Facultät, die andere abwechselnd für die übrigen Facultäten bestimmt ist. Ausserdem hat Prof. Rasswetow der Moskauer Gesellschaft von Freunden der Naturkunde 8000 Rbl. gespendet, deren Zinsen alljährlich zu zwei Prämien (300 Rbl., resp. eine goldene Medaille, Werth 75 Rbl.) für anthropologische Arbeiten junger Gelehrten und Studenten verwandt werden sollen.

— Unsere Stadtduma hat *für die Sanitätsaufsicht der Lebensmittel* «wegen der *bedrängten* finanziellen Lage der Stadt» pro 1889 aus den Stadtmitteln vorläufig nur 1200 Rbl. bewilligt, welche den beiden hiesigen hygienischen Laboratorien (das in der mil.-med. Academie von Prof. Dobrosslawin geleitete und das von Dr. Karejew privatim unterhaltene) zugewandt werden sollen.

— Die «Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit» beabsichtigt eine *Zeitschrift für Nahrungsmittel und Kochkunst* herauszugeben. Die Redaction wird Prof. Dobrosslawin übernehmen.

— *Verstorben*: 1) Am 26. November in Moskau der wirkliche Staatsrath Dr. Alexander Löwensohn. Der Hingeschiedene war ein sehr populärer Arzt und leitete eine private Poliklinik für Frauen- und Kinderkrankheiten. 2) In dem Badeorte Druskeniki der dortige Badearzt Dr. Gregory. 3) In Kertsch der Director des dortigen Quarantänehauses, Dr. Wuskowitsch-Kulew. 4) In Samarkand hat sich der dortige Kreisarzt Lossew erschossen. 5) Der Landschaftsarzt im Kreise Kamyschin (Gouv. Ssaratow), Grusdew.

— Zum Präsidenten der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien ist an des verst. v. Bamberger's Stelle Prof. Billroth einstimmig gewählt worden.

— Am 11. December n. St. feierte der bekannte Ohrenarzt, Prof. der Ohrenheilkunde Dr. Herm. Schwartze sein *25-jähriges Docenten-Jubiläum*. Sch. ist seit vielen Jahren Redacteur des «Archivs für Ohrenheilkunde».

— Am 12. December n. St. beging der Generalstabsarzt der preussischen Armee, Leibarzt weiland Kaiser *Wilhelm's I.*, Generallieutenant Prof. Dr. Gust. Adolf v. Lauer sein *60-jähriges Dienstjubiläum*. Bei dieser Gelegenheit wurden demselben zahlreiche Auszeichnungen und Ovationen zu Theil. Unter Anderem wurden ihm von dem gesammten Sanitätscorps 30,000 Mark als Jubelgabe überreicht, welche als «*Lauer-Stiftung*» zur Unterstützung der Wittwen und Waisen von Sanitätsofficieren bestimmt ist. Der Jubilar, welcher bereits 80 Jahre alt ist, hat 44 Jahre hindurch als Leibarzt des Prinzen, Königs und späteren Kaisers *Wilhelm I.* fungirt. L. hat auch wesentliche Verdienste um die Verbesserung des Medicinalwesens im preussischen Heere und namentlich auch um die Aufbesserung der äusseren Stellung der Militärärzte.

— Dem Warschauer Laryngologen Dr. Th. Heryng, welcher bekanntlich in San-Remo während der Krankheit Kaiser *Friedrich's* zur Consultation hinzugezogen wurde, ist vom jetzigen deutschen Kaiser eine Porcellanvase mit einem Handschreiben übersandt worden, in welchem Allerhöchstderselbe Dr. Heryng für die dem hohen Verstorbenen geleisteten Dienste seinen Dank ausspricht.

— Die *Verwaltung des III. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an* N. J. Pirogow richtet an diejenigen Collegen, welche dem Congress beiwohnen wollen, die Bitte, *rechtzeitig* an den Präses der Erkundigungs-Abtheilung des Congress-Bureaus, Dr. A. L. Ebermann (Grosse Podjatscheskaja, 33), die Reiseroute ihrer Rückfahrt auf den Eisenbahnen bis zu ihrem Wohnorte einsenden zu wollen, da solches zur rechtzeitigen Ausfertigung der zum Empfange unentgeltlicher Eisenbahn-Retourbillete erforderlichen Bescheinigungen nothwendig ist. In der Reiseroute muss nothwendig angegeben werden, ob directe Fahrbillete bis zum Wohnorte zu haben sind und falls solches nicht der Fall sein sollte, müssen die Eisenbahnstationen angegeben werden, auf welchen ein Ergänzungsbillet zu nehmen ist. Ausserdem bittet Dr. Ebermann um die Mittheilung, zu welchem Preise (von 60 Kop. bis 10 Rbl. täglich) und in welchem Gasthause Logis gewünscht wird. Bis jetzt haben die Inhaber nachstehender Gasthäuser und möblirten Zimmer sich bereit erklärt, für die Glieder des III. Congresses die Zahlung für Logis zu ermässigen: Grand Hôtel um 30%, Hôtel de France um 20%, Hôtel Belle-Vue (20%), Hôtel Warwarinskaja (25%), Grand Hôtel du Nord (25%), Hôtel Riga (30%), Hôtel d'Europe (20%), die möblirten Zimmer Palais Royal (30%), die möblirten Zimmer Zarembo (Zimmer von 60 bis 75 Kop. täglich).

— Für den bevorstehenden III. Congress russischer Aerzte sind bis zum 20. November bereits mehr als 200 wissenschaftliche Mittheilungen angemeldet worden.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 27. November d. J. 5803 (11 mehr als in der Vorwoche), darunter 269 Typhus- (16 weniger), 539 Syphilis- (14 mehr), 95 Scharlach- (1 weniger), 1 Diphtherie- (4 weniger als in der Vorwoche), 1 Masern- (wie in der Vorwoche) und 7 Pockenkranke (2 mehr als in der Vorwoche).

— Dr. L. Wittelshöfer, der Gründer und Redacteur der „Wiener med. Wochenschrift" welche seit 38 Jahren erscheint, tritt wegen hohen Alters mit dem neuen Jahre von der Leitung seines Blattes zurück. Das Blatt wird vom nächsten Jahre an im Verlage von *Moritz Perles* unter der Redaction von Dr. Heinr. Adler erscheinen.

— Auf dem internationalen Congresse zur Erforschung der Verbreitung wie Heilung der Tuberculose, welcher im August a. c. zu Paris tagte, wurde von Dr. Dionis des Carrieres der Antrag gestellt sich dafür zu verwenden, dass es gestattet werde *an zum Tode Verurtheilten Fütterungsversuche* mit tuberculösen Massen *vorzunehmen*. C. wies historisch nach, dass zum Tode Verurtheilte zu den verschiedensten Zeiten, Experimenten und Operationen unterworfen worden sind, und dass die Menschheit solchen Versuchen viel zu danken habe. Der Referent des Congresses betont, dass die Presse dieser Proposition zu wenig Beachtung geschenkt hat.

(L'union medicale. № 113). G—n.

— In № 9 der «Therap. Monatsh.» ist folgendes Verfahren gegen das lästige Jucken bei Hämorrhoidalaffectionen und Pruritus ani, Pruritus senilis etc. anempfohlen:

Waschen mit lauwarmem Wasser und guter Seife, nachheriges Einreiben mit Lanolin nach folgender Vorschrift:

Rp. Lanolini purissimi 30,0, Vaselin. americani s. Olei provincialis 20,0 M. f. Ung.

Bei sehr starker Reizung des Afters und der umgebenden Partien wird obiger Salbe 0,1—0,2 Cocaïni muriatici zugefügt; auch Zusatz von 10% Flores sulphuris ist nach Wulfsberg (Therap. Monatsh. 1887. № 3) gut. Hz.

— In der Sitzung der Academie de Médicine zu Paris vom 11. September a. c. referirte Dr. M. Richelot über 2 Fälle von *Tetanus*, die seiner Meinung nach unzweifelhaft *infectiöser Natur* waren. Am 18. und 19. Juni wurde aus den zum Hospital gehörigen Ställen der Dünger ausgefahren. Am 21. erkrankte an Tetanus eine Patientin, die am 15. operirt worden war (Castration). Der Heilungsverlauf war bisher ein tadelloser gewesen und wurde bei der Section prima intentio constatirt. Die Räume, in denen diese Kranke gelegen, wurden in ausgiebigster Weise desinficirt, und am 28. Juni wurde in denselben eine Patientin mit beiderseitiger Salpingitis placirt. Am 5. Juli wurde operirt. Alles ging vortrefflich — da trat am 11. Juli Tetanus auf mit letalem Ausgange. Bemerkenswerth sind die Fälle mit Rücksicht auf die *These vom equinen Ursprunge des Tetanus*. (L'union médicale. № 112). G—n.

— Bufalini (Bolletino d. s. delle scienze mediche. 1888. VI) hat das *Chinojodin*, eine Verbindung des Chinolins mit Chlorjod,

C_9H_7N. ICl, ein leicht gelbliches, krystallinisches, in Wasser kaum, in Alcohol und Aether schwer lösliches Pulver therapeutisch geprüft. Das Chinojodin besitzt die Eigenschaft, das Jod leicht abzuscheiden, und deshalb hat B. dasselbe bei Lungentuberculose, Diabetes, Nephritis und Angina pectoris versucht und zwar in Gaben von 0,40 bis 0,60 pro die. Es wirkt dabei antiseptisch (Jod) und antipyretisch (Chinolin), letztere Wirkung ist übrigens sehr schwach. Gegen Tuberculose, Diabetes und Nephritis erwies es sich als fast unwirksam, die Schwindsüchtigen befanden sich aber unter seinem Einflusse sehr wohl. Sehr gut dagegen wirkt es bei Angina pectoris, wofür B. einen Fall von Asthma cardiacum mit stenocardischen Anfällen anführt, welche nach zweiwöchentlichem Gebrauche von im Ganzen 9,0 Chinojodin (1 Monat nach Aufhören der Behandlung) ganz fortblieben. Verf. ist der Ansicht, dass die Indication für das Mittel dann gegeben ist, wenn eine rasche Sättigung des Körpers mit Jod gewünscht wird, ohne dass der Kranke allzulange unter dem Einflusse des Jod verbleibt. (Med. Obosr. № 20.)

Vacanzen.

— Vom *Arensburg'schen Stadtamt* (auf der Insel Oesel) wird bekannt gemacht, dass das Amt des Arensburg'schen Stadtarztes vacant geworden ist. Auf diesen Posten Reflectirende werden aufgefordert, sich unter Beifügung ihrer Legitimationen bei obigem Stadtamt bis zum 31. Januar 1889 zu melden.

— Das *Ufa'sche Kreislandschaftsamt* hat beschlossen, statt der bisherigen Hebammen in den 6 ärztlichen Bezirken des Kreises *weibliche Aerzte* anzustellen, mit einem Jahresgehalt von 500 Rbl. bei freien Fahrten. Die Meldung geschieht unter Beifügung der erforderlichen Documente bei der „Уфимская Уѣздная Земская Управа".

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 20. bis 26. November 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
242	185	427	85	43	58	6	6	12	38	50	47	28	31	14	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 0, Scharlach 12, Diphtherie 7, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie u. Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 10, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 31.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . . .	4 282 921	18.—24. Nov.	2722	33,0	—	1409	17,2
Paris . . .	2 260 945	18.—24. Nov.	1135	26,1	72	806	18,5
Brüssel . .	181 270	11.—17. Nov.	116	33,2	6	74	21,2
Stockholm .	221 549	11.—17. Nov.	124	29,0	6	73	17,1
Kopenhagen	300 000	21.—27. Nov.	166	28,8	2	120	20,8
Berlin . . .	1 414 980	18.—24. Nov.	885	32,8	33	561	20,6
Wien . . .	800 889	18.—24. Nov.	466	35,3	36	378	24,3
Pest . . .	442 787	11.—17. Nov.	294	34,5	16	238	27,4
Warschau .	444 814	18.—24. Nov.	317	37,0	15	225	26,0
Odessa . . .	268 000	18.—24. Nov.	—	—	9	103	20,0
St. Petersburg	**861 363**	**26 Nov.—1 Dec.**	**547**	**33,0**	**26**	**425**	**25,7**

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December 1888.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. December 1888.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge und der Abonnements auf die «St. Petersb. Medicinische Wochenschrift».

ANZEIGE DER REDACTION.

Mit dem 1. December a. c. hat unsere Geschäftsverbindung mit Herrn Friedrich Petrick aufgehört und wird die **ausschliessliche Annahme aller Annoncen** von jetzt ab in der **Buchhandlung** des Herrn **Carl Ricker**, Newsky-Prospect № 14, stattfinden.

Довв. ценз. Спб. 2. Декабря 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12

XIII. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnements-Preis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertions-Preis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 51. St. Petersburg, 17. (29.) December 1888.

Die moderne Magendiagnostik.

Von

Dr. Frhr. von Sohlern,

Arzt der Heilanstalt für Magenkranke in Bad Kissingen.

Der grosse Chirurg John Hunter war der Erste, der 1776 eine Magensonde in unserem Sinne, d. h. einen elastischen, hohlen, genügend langen Catheter in den menschlichen Magen einführte. Er spritzte durch denselben zur Wiederbelebung Ertrunkener Reizmittel wie Terpentin und Hirschhorngeist in deren Magen. Sein Landsmann F. Bush sog durch die Sonde 1822 Gift aus dem Magen.

Wenn wir auch hierin die ersten Anwendungen der Magensonde zu therapeutischen Zwecken erblicken müssen, und später durch Sommerville, der zuerst den Hebeapparat benutzte, dann durch Jukes, Read, Weiss und Andere die Methodik der Sondirung vervollkommnet sehen: so wurde doch erst 1867 durch die geniale Idee Kussmaul's, die Magenausspülung bei Ectasia ventriculi als Heilmittel zu benutzen, der Gebrauch der Magensonde ein allgemeinerer.

Mit diesem Schritt aber war der modernen Magenheilkunde der Weg gebahnt.

Leube ging weiter und benutzte zuerst die Sonde zu diagnostischen Zwecken, indem er aus den nach bestimmter Nahrungsaufnahme (Leube's Probemahlzeit) und bestimmtem Zeitraume (7 Stunden post coenam) gemachten Ausspülungen Schlüsse für die Verdauungsstörung zog.

So schätzenswerthe Anhaltspuncte auch seine Ausspülungen namentlich in Bezug auf die mechanischen Verhältnisse des erkrankten Organes gaben, so liessen sie doch nur allgemeine Schlüsse über die chemischen Missverhältnisse und Abweichungen zu, wie dies aus seinen Säurebestimmungen (vide Deutsches Arch. für klin. Med. Bd. XXXIII, Heft I. 1883) hervorgeht.

Zuvor jedoch schon hatten sich namentlich von den Velden und mit und nach ihm Andere, von denen an dieser Stelle nur Ewald, Riegel, Edinger genannt seien, mit der genaueren Säureanalyse des kranken Magens beschäftigt. Namentlich war es 1878 von den Velden's Arbeit über das Fehlen der freien Salzsäure beim Pyloruscarcinom im Gegensatz zum stenosirenden Ulcus, die eine lebhafte Discussion und mithin Förderung der Erkenntniss der chemischen Anomalien anregte.

Die kritische Beleuchtung der zum HCl Nachweis benutzten Anilinfarbstoffe und die genaue quantitative Analyse durch Frhr. von Mering und Cahn 1886 führten zu immer grösserer Vervollkommnung und Verallgemeinerung.

Besondere Erwähnung auf diesem Gebiete verdienen ausser den schon Genannten namentlich noch Uffelmann, Reichmann, Jaworski, Gluzinski, Honigmann, Sticker etc.

Es würde hier zu weit führen, wollte ich alle hierhergehörigen Arbeiten streng chronologisch aufzählen, vielmehr bestrebe ich mich nur dem Wunsche mehrerer Petersburger Collegen nachkommend eine übersichtliche Darstellung der jetzigen Untersuchungsmethoden zu geben, wie sie in deutschen Kliniken üblich sind, und wie ich sie schon gelegentlich eines kleinen Vortrages in Petersburg erwähnte.

Ehe ich jedoch zur qualitativen und quantitativen Säurebestimmung übergehe, seien mir erst noch einige Worte über die Hilfsmittel, Mageninhalt zu gewinnen, die Sonde, Expression und Magenpumpe resp. den Aspirator, gestattet.

Die harten, englischen Sonden kann ich nicht empfehlen.

Recht zweckmässig erweist sich hingegen der seit einigen Jahren unter dem Namen «Nélaton'sche Magensonde» verkaufte Magenschlauch, der sich namentlich zum Selbsteinführen und für Solche eignet, die schon öfter sondirt wurden und das Schlucken des Schlauches verstehen.

Für Kranke, die zum ersten Male mit der Sonde untersucht werden, ist es Hauptsache, dass die *Manipulation möglichst ruhig und rasch geschieht*, was bei einiger Dexterität sehr leicht ist.

Es ist hier nach meinen Erfahrungen entschieden am vortheilhaftesten, sich einer ganz weichen, glatten Gummischlauchsonde, die mit einem dünnen, gut biegbaren Mandrin versehen ist, zu bedienen, um den immerhin unangenehmen, oder doch dem Kranken seither unbekannten Act thunlichst zu verkürzen.

Ich benutze zu diesem Zwecke schon seit Jahren eine ganz weiche, 80 Ctm. lange Sonde von 3,8—4 Ctm. Umfang und 0,8 Ctm. Lumen, die seitlich 2 grosse Fenster und an ihrem unteren Ende ebenfalls eine runde Oeffnung hat. Als Mandrin dient mir ein dünnes, sich nach unten verjüngendes spanisches Röhrchen, das gerade stark genug ist, eine Knickung zu verhindern, ohne irgend eine Verletzung zu ermöglichen. Am verjüngten Theil des Mandrins sitzt wohlbefestigt ein Elfenbeinkügelchen, das grösser als die am unteren Ende der Sonde befindliche Oeffnung ist. Dieses Kügelchen wird mit etwas Oel gehörig schlüpfrig gemacht, so dass beim Herausziehen des Mandrins nie das so lästige Aufrollen der Sonde stattfinden kann.

Der so bewaffnete Schlauch wird nun mit der nöthigen Vorsicht, aber nicht zu langsam, eingeführt und dann das Mandrin entfernt.

Die Gefahr einer Perforation ist ausgeschlossen, denn dazu gehört bei *lebenden* Geweben, auch wenn sie dünnwandig sind, ein ziemlich rüder Stoss, wie er vom Arzte nie gethan werden soll; schliesst ja schon der Begriff «Sondiren» kein brüskes Hineinfahren, sondern eine gewisse Vorsicht in sich!

Den öfters gemachten Vergleich mit einem dünnen Papierblatt kann ich also nicht gelten lassen, denn bei dem elastischen, lebenden Gewebe ist das Zerreisslichkeitsverhältniss ein *total* anderes.

Beim Einführen der Sonde kann noch ein Umstand eintreten, den wir zu vermeiden haben. Das ist die Möglichkeit einer Schluckpneumonie. Kommt also Mageninhalt neben dem Schlauche hoch, so entferne man ihn sofort und lasse den Kranken schlucken oder ausspeien.

Ulcus giebt keine Gegenanzeige, es sei denn, dass eine Blutung kurz vorausgegangen. Bei Ulcus chron. ist es gut, das Mandrin zu entfernen, sobald die Cardia passirt ist und dann die Sonde leicht nachzuschieben.

Jeder Sondirung soll eine genaue Untersuchung des Patienten (Larynx, Pharynx, Herz, Aneurysma etc.) vorausgehen, welche dann eventuell die Einführung des Magenschlauches überhaupt verbietet.

Nun beginnt die jetzt wohl allgemein übliche Expression nach E w a l d.

Nachdem man den Kranken zuvor ermahnt hat, *kräftig* zu husten (nicht zu räuspern oder zu würgen), oder *stark* mit der Bauchpresse zu drücken, lässt man ihn nach Entfernung des Mandrins dies thun, wobei sich leicht 69—80 Gr. Mageninhalt entleeren, der dann durch Filtrirpapier gelaufen uns reinen Magensaft plus Speichel giebt.

Hauptsache ist, dass das Filtrat möglichst klar ist und keine Galle enthält, da sonst die Reactionen beeinträchtigt werden, ein Umstand, der meist das Erbrochene, welches oft mit Galle vermischt ist, unbrauchbar zur Untersuchung macht.

Nur in den Fällen, wo sich kräftiges Husten wegen Erkrankungen der Lunge etc. oder starkes Pressen mit der Bauchmuskulatur wegen Hernien verbietet, oder endlich auch der Pat. sich ungeschickt benimmt, ist man gezwungen sich eines Saugapparates zu bedienen. Ich halte hierzu den J a w o r s k i 'schen Aspirator für geeignet. Die Magenpumpe ist wohl stets entbehrlich, auch ist das Losreissen von Magenschleimhaut mit ihr leicht möglich. Ich habe sie bei *sehr* zahlreichen Untersuchungen *nie* gebraucht.

Um aus dem so gewonnenen Mageninhalt den Gesammteffect des Verdauungsvorganges kennen zu lernen, sind zur Zeit bei uns hauptsächlich zwei Methoden im Gebrauche: das Probefrühstück und die Probemahlzeit.

E w a l d's Probefrühstück besteht aus 35 Grm. Semmel und 300 Grm. Wasser des Morgens *nüchtern* gegeben, welches nach 1 Stunde exprimirt wird.

Es ist hier nicht der Ort eine eingehende Kritik der überhaupt beliebten Nahrungsstoffe zu üben, da ja nur eine wirklich praktische, d. h. für den Praktiker geeignete, in Betracht kommt im Gegensatz zu unzulänglichen oder einseitigen Versuchen wie die Eiswassermethode nach L e u b e und Eiweissmethode nach J a w o r s k i.

Wenn nun auch die Semmel sämmtliche Nährstoffe, nämlich nach K ö n i g 7% N, 5% Fett, 4% Zucker und 52,5% stickstofffreie Extractivstoffe nebst 1% Asche enthält, und der Methode grössere Reinlichkeit als beim Probemahl nicht abgesprochen werden darf, so scheint doch die verabreichte Semmel nebst Wasser weder qualitativ noch quantitativ genügend, um einen richtigen Schluss auf die Verdauungsfähigkeit des zu Untersuchenden zuzulassen, zumal dabei der natürliche, physiologische Reiz, wie er bei gemischter, zum Sättigungsgefühl genügender Kost stattfindet, nur unvollkommen ausgeübt wird.

Will der Arzt, und dieser kommt bei der Behandlung der Magenerkrankung zuerst in Betracht, sich ein Bild von dem Verdauungsvorgang machen, so muss er bei den gewöhnlichen Nahrungsmengen und -gemischen, wo alle Bedingungen des Verdauungsvorganges, wie er gemeinhin verläuft, gegeben sind, seine Beobachtungen anstellen.

Jeder mag sich darnach für die eine oder die andere Methode entscheiden.

Ich selbst bediene mich der Probemahlzeit des Mittags, also zu einer Zeit, wo hier zu Lande der Magen *gewöhnt* ist, *das grösste Verdauungsgeschäft des Tages* vorzunehmen. R i e g e l macht die Expression 4—5 Stunden nach dem Essen. Ich fand wiederholt den Magen um diese Zeit schon leer und nehme jetzt die Expression genau 3 *Stunden nach der Nahrungsaufnahme* vor.

Der Kranke erhält 1 Teller = 300 Grm. Bouillon, ein feingeschabtes Beefsteak von 150 Grm. und 200 Grm. weichgekochten Reis, was sich sehr leicht exprimiren lässt. Um das beim Essen bei Vielen auftretende Durstgefühl zu befriedigen, gestatte ich nie mehr als 200 Grm. Wasser, um den Säuregehalt nicht zu beeinträchtigen.

Alcoholhaltige Arzneien, sowie Wein selbst sind als Reizmittel an den Untersuchungstagen unbedingt zu meiden.

Wesentlich ist es, dass der Magen vor der Aufnahme des Probemahls leer ist. Es empfiehlt sich, an solchen Tagen das Frühstück *zeitig und qualitativ und quantitativ* dem Individuum angemessen zu geben, *damit die Verdauung desselben im Magen beendet ist, wann* das Probemahl stattfindet. Nöthigenfalls ist der Magen zuvor auszuspülen.

B i d d e r und S c h m i d t gebührt das Verdienst zuerst (Verdauungssäfte und Stoffwechsel 1852) den Nachweis erbracht zu haben, dass die im Magen producirte Säure Salzsäure ist. Seitdem die moderne Magendiagnostik sich Bahn gebrochen, wurden von Verschiedenen Versuche gemacht, Normalwerthe für die im menschlichen Magen befindliche Salzsäure festzustellen. Zu berücksichtigen sind dabei freilich der mitverschluckte Speichel und die in die Speicheltheile imbibirte HCl-Menge, jedenfalls bietet uns aber das gewonnene Magenfiltrat die in Wirklichkeit vorhandene freie Salzsäuremenge.

Ich brauche wohl nicht zu sagen, dass es sich unmöglich um eine einzige bestimmte Zahl handeln kann, denn es fehlt natürlich nicht an individuellen Schwankungen und Einflüssen seitens des Nervensystems, über deren Wesen wir sehr mangelhaft unterrichtet sind.

So wenig wir dies beim specifischen Gewicht des Harnes verlangen, so wenig können wir es hier postuliren und müssen wir uns also damit begnügen, *eine Zahlenreihe zu constatiren, innerhalb deren Grenzen unter ganz gleichen Bedingungen und bei normaler Verdauung der Salzsäuregehalt schwankt.*

Wenn nun die seitherigen Resultate Abweichungen zeigen, d. h. der eine Forscher den Aciditätsgrad höher, der andere niedriger angiebt, so können die gefundenen Resultate dennoch richtig sein. Der Grund dieser Differenzen liegt zunächst in der verschieden verabreichten Nahrung (Probefrühstück, Probemahl, Eiweissmethode etc.) und in der verschieden gewählten Zeit zur Untersuchung (1, 3, 4 ja 5 Stunden post coenam).

Ich fand bei Gesunden Salzsäurewerthe, die zwischen 0,22—0,28 % freie Salzsäure schwanken, also etwas höhere Werthe als Riegel und niedrigere als Ewald.

Ehe wir nun zu den Untersuchungsmethoden übergehen, möchte ich noch die zeitlichen Phasen der Magenverdauung, wie sie von Ewald und Boas beobachtet sind, kurz in Erinnerung bringen.

Gleich in der ersten Zeit nach Einführung der Nahrungsmittel findet man Milchsäure im Magen; diese Periode dauert ca. 30—45 Minuten, und während derselben findet die Ueberführung der Kohlehydrate in die verschiedenen Dextrine und Zuckerarten statt. In der 2. Periode lässt sich Milch- und Salzsäure nebeneinander nachweisen, es wird also die Verdauung der Kohlehydrate, soweit sie Aufgabe des Magens ist, noch fortgesetzt, dabei beginnt aber zum Zwecke der Eiweissverdauung schon die Salzsäureproduction, die nach kurzer Zeit die Milchsäure gänzlich verdrängt, so dass im 3. Stadium die Salzsäure bei normalen Verhältnissen allein anzutreffen ist. Das ausschliessliche Vorhandensein von Salzsäure beginnt zeitlich sehr verschieden, mitunter schon nach 30 Minuten, meist nach einer Stunde, bei gemischter Kost aber noch viel später.

Doch nun zu den Untersuchungsmethoden!

Zum Nachweise der freien Salzsäure bediente man sich bis vor Kurzem verschiedener Reagentien, die ich hier der Vollständigkeit halber anführen will, obwohl ich sie nach der Einführung des Günzburger'schen Reagens für bald von der Tagesordnung schwindend und entbehrlich halte. Ich werde dabei die Vor- und Nachtheile der einzelnen, wie sie sich mir als Praktiker unendlich oft zeigten, aufzählen, so dass die Wahl nicht schwer fallen dürfte.

Das Günzburger'sche Reagens ist eine farblose oder schwach *hellgelbe* Lösung von ausgesprochenem Geruch nach Vanille, resp. nach frischem Fichtenholz. Unter dem Einfluss des Lichtes wird es mit der Zeit dunkelroth und muss daher in einer Krucke oder in schwarzem Glase aufbewahrt werden. Die Lösung selbst besteht aus: 2 Gr. Phloroglucin, 1 Gr. Vanillin, 30 Gr. Alcohol. absolut.

Bringt man von dieser Lösung einen Tropfen auf ein Schälchen und setzt etwas concentrirte Salzsäure zu, so bildet sich sofort eine *hochrothe* Färbung und Ausscheidung von kleinen rothen Krystallen.

Bei Untersuchung mit Magenfiltrat verändert sich die Lösung oft nicht sofort. Erhitzt man nun vorsichtig über der Lampe die Flüssigkeit in der Schale, ohne aber dieselbe zum Kochen zu bringen, so dass sie langsam verdampft, so sieht man alsbald am Rande des verdampfenden Tropfens kleine, feine rothe Streifen, die ein *absolut sicheres* Zeichen für das Vorhandensein von HCl sind. Kühlt man durch Blasen auf das Schälchen rasch ab, so bilden sich sofort an den Rändern schöne *rothe* Streifen.

Filtrirpapier mit der Günzburger'schen Lösung getränkt, giebt dasselbe Farbspiel.

Da Eiweisskörper diese Reaction nicht vortäuschen können, auch organische Säuren ohne Einfluss sind, und das Vorhandensein von Salzen das Farbspiel nicht beeinträchtigt, überdies sich damit ganz minimale HCl-werthe nachweisen lassen, z. B. 0,005 % Salzsäure, so ist diese Methode *die sicherste und einfachste.*

Aus der Intensität der Färbung von blassrosaroth (wenig Salzsäure) bis intensiv hochroth lässt sich auch auf die Quantität der Salzsäure schliessen.

Um Fehler zu vermeiden, sei nochmals daran erinnert, dass starkes Erhitzen unzulässig ist, indem dadurch Verbrennungsproducte von brauner und braunrother Färbung gebildet werden. Die Reaction muss *ausgesprochen* immer *roth, d. h. hoch- oder blassroth* sein, Nüancirungen in das Gelbe und Braune sind also Fehler.

Eine weitere empfehlenswerthe Reaction ist die mit Tropäolin 00 — l'orangé Poirier, die sich auch namentlich deshalb empfiehlt, weil wir mit ihr nachweisen können, ob die Acidität von freien Säuren oder sauren Salzen herrührt.

Das Tropäolin ist ein orangefarbiges Pulver, das in gesättigter wässriger Lösung eine hübsche orangefarbene Flüssigkeit darstellt, die sich in Gegenwart von *freier Salzsäure dunkelroth*, wie der wilde Wein im Herbst, *oder braunroth*, im Beisein von *sauren Salzen strohgelb* färbt.

Diese, sowie die folgenden im Reagensglas zu machenden Untersuchungen werden in der Weise angestellt, dass man zu etwa 10 Tropfen des Farbstoffes 4 Ccm. Magenfiltrat, also stets im Ueberschuss zu den Farbstofflösungen zusetzt, weil feine Unterschiede durch Ueberschuss an Farbstoffen verdeckt werden.

Ein drittes Reagens ist das Congoroth, ein carminrothes Pulver, das in Wasser gelöst eine etwas mehr als pfirsichrothe Farbe annimmt, die bei freier Salzsäure himmelblau wird. Reine Milchsäure bringt zwar auch eine Art Bläuung hervor, doch ist diese mehr violett und sehr leicht von der durch HCl bedingten zu unterscheiden. Filtrirpapier mit Congoroth getränkt wird als Congopapier verkauft und giebt mit 1 Tropfen Filtrat betupft dieselbe Reaction. Saure Salze rufen keine Veränderung hervor. Der Salzsäurenachweis gelingt bis zu 0,01 %.

Ganz zweckmässig zum Nachweis der Salzsäure ist auch die Eisenchloridcarbollösung nach Uffelmann. Man nimmt 1—2 Tropfen Liq. ferr. sesquichlor. zu etwa 5 Ccm. einer 3 % Carbollösung, wobei sich im Reagensgläschen eine amethystfarbene Flüssigkeit bildet, die auf entsprechenden Zusatz von HCl-haltigem Magenfiltrat sich vollständig entfärbt und wasserhell wird bei genügender Salzsäure.

Eine weitere Methode ist die von Mohr empfohlene. 2 Ccm. einer 10 % Rhodankaliumlösung vermischt mit 0,5 Ccm. Liq. ferr. acet. (enthält 4—5 % Eisen) werden auf 10 Ccm. verdünnt. Die so dargestellte Flüssigkeit ist von rubinrother Farbe. Man vertheilt einige Tropfen durch Schwenken auf einem Uhrglas und giebt den etwaigen Ueberschuss ab. An der Stelle, wo Salzsäure zugeführt wird, entsteht zwischen dem einfliessenden Tropfen und der Grenze des vertheilten Mohr'schen Reagens eine pfirsichrothe Färbung, die bei weiterem Zufliessen braun wird. Filtrirpapier in dieser Weise präparirt empfiehlt sich nicht, da bald Zersetzung an der Luft stattfindet. Die Reaction im Reagensglas ist weniger deutlich.

Ganz ähnlich ist die von Rheoch eingeführte Untersuchungsmethode mit weinsaurem Natriumeisenoxyd an Stelle der essigsauren Eisenoxydlösung. Da sie stets ganz frisch bereitet werden muss, verdient das Mohr'sche Verfahren den Vorzug. Salze und selbst beträchtliche Mengen Albuminate beeinträchtigen das Farbspiel nicht.

Auch mit Smaragdgrün in Lösung kann freie Salzsäure nachgewiesen werden, das sich in ein prachtvolles Moosgrün verwandelt. Sehr empfindlich ist die Reaction nicht und wahrscheinlich mit dem von Lépine empfohlenen Vert brillant identisch.

(Schluss folgt).

Referate.

Ruscheweyh: Zur Darreichung und Wirkung des Sulfonals. (Neurol. Centralbl. 1888. № 21.)

Der langsame Eintritt der schlafmachenden Wirkung des Sulfonals ist bei seiner Anwendung öfters empfunden worden — ebenso die oft noch in den nächsten Tag hineinreichende Nachwirkung (Schlaflosigkeit, Mattigkeit). Beide Uebelstände leitete Kast (Therap. Monatsh. 1888. Juli) von der Schwerlöslichkeit des Sulfonals und der schweren Angreifbarkeit seines Moleküls ab, die dasselbe längere Zeit unzersetzt im Blut circuliren lassen. Er empfahl daher das Mittel fein pulverisirt mit wenigstens 200 Ccm. womöglich warmer Flüssigkeit in den frühen Abendstunden, vielleicht in Suppe oder Thee zum Abendessen zu geben. R. hat nun nach dieser Verordnung in ¼ Liter Bouillon oder warmer Milch das Sulfonal auf der psychiatr. Klinik in Jena angewendet und sah, während früher das Mittel zuweilen versagte, jetzt nur günstige Resultate. Die oft gerühmte Geschmacklosigkeit des Sulfonals kommt hierbei allerdings in Wegfall, doch ist die Bitterkeit nicht eine derartige, dass die Kranken das Mittel ganz abweisen. Die Dosis konnte bei dieser Anwendungsweise geringer gewählt werden als früher und wirkte das Mittel bei Kranken, wo die vorherige Darreichung erfolglos geblieben war. Meist wurden 1—3 Gr. verabreicht, seltener 4 Gr. (Ref. kann die günstige Wirkung der von Kast empfohlenen Anwendungsweise bestätigen, die Erfolge der Sulfonalanwendung sind auch in der Anstalt Rothenberg andere geworden seitdem diese Vorschrift befolgt wird. Um unangenehme Nachwirkungen zu vermeiden empfiehlt es sich in der Dosis vorsichtig zu sein (oft ist schon 1,5 Gr. ausreichend) und das Mittel nicht täglich zu geben, sondern nach prompter hypnotischer Wirkung das Mittel erst am übernächsten Abend wieder zu verordnen.) Mercklin.

Caspari (Moskau): Die Spondylarthritis synovialis. (Neurol. Centralbl. 1888. № 13.)

Die Entzündung der Gelenke der Processus obliqui wird nur von Hueter in seiner Klinik der Gelenkkrankheiten, sonst von keinem Autor beschrieben und doch kommt sie nach C. gar nicht so selten vor; im vorliegenden Aufsatze bringt Verf. die wichtigsten klinischen Thatsachen auf Grund jahrelanger Beobachtungen.

1) Die Synovitis vertebralis kommt in jedem Alter vor, ob bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen kann C. nicht entscheiden, da er fast nur letztere behandelt hat, bei diesen ist sie aber überaus häufig.

2) Sie kommt an allen Abschnitten der Wirbelsäule, am häufigsten aber am Cervicaltheil derselben vor, afficirt auch an demselben Subjecte die Gelenkfortsätze der ganzen Wirbelsäule.

3) Einseitig hat sie C. am Brusttheile, *doppelseitig* aber recht häufig an dem Hals- und Lendentheile der Wirbelsäule beobachtet.

4) *Symptome*: a) Bei activen und passiven Bewegungen der betreffenden Theile sehr schmerzhafte Steifigkeit; Husten und Schlucken steigern den Schmerz auf's Aeusserste. b) Ausgesprochene Druckempfindlichkeit der afficirten Fortsätze neben Schmerzlosigkeit der übrigen Wirbeltheile. c) Durch Betastung nachweisbare Spannung der gleichseitigen Nacken- oder Lendenmuskeln mit oder ohne Schiefhaltung (diagnostisch ist dieses Symptom nur bei gleichzeitigem Vorhandensein von a) und b) verwerthbar). d) Nach abgelaufenem acutem Stadium (3—8 Tage) ist meist nur noch Druckschmerz, der viele Wochen, ja Monate anhalten kann, nachzuweisen. e) Selten kommt leichtes Fieber, bis 39°, vor.

5) Die allerwichtigste Complication ist hierbei die *Neuritis descendens*, ob immer vorkommend, ist nicht zu entscheiden, in den meisten Fällen aber sind schon nach 3tägigem Bestehen der Synovitis die Plexus am Halse höchst schmerzhaft auf Druck, was sehr wichtig ist, weil damit der Beginn einer schleichenden, erst viel später manifesten Neuritis descendens angezeigt wird.

Der *Verlauf* in classischen Fällen ist folgender: Der Kranke klagt über Schmerzhaftigkeit im Nacken, es besteht Druckschmerz an den Proc. obliqui, schmerzhafte Spannung der gleichseitigen Nackenmuskeln, Schiefstellung des Kopfes, active und passive Bewegungen desselben sehr schmerzhaft, Druck auf den Halsplexus gleichfalls sehr empfindlich; nach 3—8 Tagen verschwinden diese Beschwerden, doch hinterbleibt trotz des subjectiven Wohlbefindens des Subjects eine Schmerzhaftigkeit der Plexus auf Druck und kann man später die schrittweise Ausbildung der Neuritis verfolgen. Bei der Synovitis vertebralis lumbalis ist das Bild ein der Lumbago sehr ähnliches, um so mehr, als hier die Muskelspannungen oft fehlen; nach Wochen und Monaten erscheint eine Neuritis ischiadica (oft duplex.). Man findet deshalb in der Anamnese vieler «reiner» Neuritiden die Angabe, dass Schmerzen im Nacken, Rücken etc. der Neuritis vorangegangen seien, wovon aber oft die Kranken selbst keine Ahnung haben und worauf sie vom Arzte aufmerksam gemacht werden müssen; dieser muss immer Fortsätze und Plexus auf Druckempfindlichkeit untersuchen.

Hauptursache ist Erkältung, die *Differentialdiagnose* meist leicht, wenn die Untersuchung am blossen Körper angestellt wird. *Behandlung* mit Injectionen von 2% Carbollösung, 5—10 Spritzen täglich, sowohl bei acuten als auch chronischen Fällen, wobei die Canüle direct gegen die Gelenkfortsätze eingestossen wird. Einen Misserfolg und Intoxicationserscheinungen hat C. nie gesehen, die besten Erfolge bei consecutiver Neuritis. Hz.

L. Blumenau: Ueber die elektrische (und mechanische) Reaction der Muskeln bei der Thomsen'schen Krankheit. (Vortrag gehalten am 24. September in der hiesigen psychiatrischen Gesellschaft.)

Der Fall betraf einen 30jährigen Bauer, welcher seit seiner frühesten Jugend an einer derartigen motorischen Störung litt, dass in den eine gewisse Zeit lang ruhenden Muskeln jede neue Bewegung von tonischem Krampfe begleitet wurde, welcher einer raschen Erschlaffung derselben hinderlich war, nur die mimischen und die Sprachbewegungen blieben frei; Wärme, Wiederholung der Bewegungen, mässiger Genuss von Alcohol schafften grosse Erleichterung. Ein Bruder des Kranken leidet an derselben Affection, sonst ist in der übrigen Verwandtschaft von Nerven- oder Geisteskrankheiten nichts vorhanden. Die athletisch entwickelten Muskeln zeigen dennoch eine unter dem Mittel stehende Kraft; Reflexe, Sensibilität und Psyche sind normal.

Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist stark erhöht, Schläge mit dem Percussionshammer rufen eine dauernde (8—12"), auf den Ort der Reizung beschränkte Contraction hervor; *die mechanische Erregbarkeit der Nerven* ist nicht erhöht.

Die elektrische (galvanische und faradische) *Erregbarkeit der Nerven und der Muskeln* bietet bedeutende Verschiedenheiten dar. Während die Erregbarkeit der *Nerven* eine annähernd normale ist ist die der *Muskeln* erhöht, viele derselben geben schon KaSZ bei 0,4—0,5 M. A. Dr. Blumenau hat die graphische Methode angewandt, um den Charakter der Muskelreactionen genauer kennen zu lernen, zu welchem Zwecke er den Marey'schen Myographen auf den Biceps humeri aufsetzte. Vergleichshalber wurde derselbe Muskel an einer anderen gesunden Person geprüft. Als Resultat ergab sich Folgendes:

Bei Anwendung des *galvanischen Stromes* war ein Vorwiegen der Wirkung der Kathodenschliessung zu bemerken, die erhaltenen Contractionen zeigten selbst bei schwachen Strömen, im Vergleiche mit normalen, sehr langgezogene Curven und ein langdauerndes Latenzstadium (0,025—0,03" anstatt der normalen 0,01"). Stärkere Ströme riefen nicht selten neben der primären Welle noch einige secundäre hervor, was dem wellenförmigen Charakter der Contractionen überhaupt entspricht, wie er von Erb ausführlich beschrieben worden ist. Das Zuckungsgesetz war hierbei etwa mit der Ausnahme erhalten, dass KaSTe schon bei Stromstärken auftrat, welche KaOZ noch nicht hervorriefen.

Die durch *faradische Einzelschläge* hervorgerufenen Contractionen zeigten nichts Abnormes, wohl aber ein langes Latenzstadium (nicht weniger als 0,025"), sowohl bei directer als auch bei indirecter (Plexus brachialis) Reizung. Bei raschen Unterbrechungen des Inductionsstromes trat öfters an Stelle des Tetanus eine Reihe wellenförmiger, unregelmässiger und der Zahl der Schläge nicht entsprechender Contractionen auf.

Die von Blumenau erhaltenen Curven scheinen ihm, mit geringfügigen Abweichungen, die von Erb zuerst angestellten Untersuchungen über die «myotonische Reaction» zu bestätigen.

(Autorreferat.)

A. Wagenmann: Retinitis hämorrhagica nach ausgedehnter Hautverbrennung. (Gräfe's Arch. f. Ophthalmol. Bd. XXXIV. Abth. 2.)

Fälle von hämorrhagischer und entzündlicher Erkrankung der Netzhaut nach Verbrennung sind bisher nur in geringer Zahl veröffentlicht worden. Der von W. in der Göttinger chirurgischen Klinik beobachtete Fall bot in Kürze folgendes: Bei einem 19jährigen Fabrikarbeiter: Verbrennung des Gesichtes, des linken Armes, des Rückens und beider Unterschenkel durch heissen Syrup; Zerstörung der Epidermis und eines Theiles des Rete Malpighii. In den ersten Tagen schleimige, mit Blut untermischte Stühle; Temperatursteigerung, frequenter Puls, benommenes Sensorium; Harn bei wiederholter Untersuchung frei von Eiweiss. Am 27. Tage nach der Verbrennung wurde, nachdem seit einigen Tagen schon eine Sehstörung bemerkt worden war, an beiden Augen eine hämorrhagische Retinitis constatirt: zahlreiche Netzhautblutungen neben einzelnen weissen Flecken, Trübung der Netzhaut und der Papille; das Sehvermögen war (soweit es sich bei dem benommenen Zustande des Kranken bestimmen liess) erheblich herabgesetzt. Im weiteren Verlaufe gingen die Erscheinungen an der Netzhaut wieder zurück, die Blutungen schwanden, die Trübung hellte sich auf, es hinterblieb aber eine weisse Verfärbung beider Papillen; das Sehvermögen war bei der Entlassung wieder zur Norm zurückgekehrt.

Verf. ist der Ansicht, dass die Retinitis, ebenso wie die anderen nach schweren Verbrennungen beobachteten Organveränderungen (in diesem Falle die Darmaffection) ihren Grund in einer durch die Verbrennung bewirkten Blutveränderung habe. B.

H. Holsti: Naphthalin bei chronischem Darm- und Blasencatarrh. (Finska läkaresällsk. handl. B. 28, S. 183).

Verf. hat das Naphthalin bei chronischen Darmcatarrhen mit stark übelriechenden Ausleerungen angewandt. Erwachsene erhielten 0,5, 4—6 Mal täglich, doch nicht länger als 10—14 Tage lang; Kinder von 1—2 Jahren erhielten 0,12—0,18 pro dosi 4 Mal täglich. In allen Fällen, bei Erwachsenen sowohl wie bei Kindern, trat Anfangs Bes-

serung ein. In einigen folgte dann trotz erneuerten Gebrauchs des Mittels Verschlimmerung. Verf. empfiehlt es besonders in Fällen von chronischer Enteritis, wo andere Mittel vergeblich angewandt sind. Eine schädliche Wirkung hat er bei Erwachsenen nie beobachtet; wohl aber bei einem Kinde von 1½ Jahren, das 2 Wochen lang Naphthalin erhielt, bei Besserung der Symptome von Seiten des Darmcanales eine hochgradige Anämie, weshalb er bei Kindern zur Vorsicht räth, besonders bezüglich der Dauer der Anwendung. Bei Blasencatarrh war das Mittel wirkungslos. Buch (Willmanstrand).

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

A. Cloetta: Lehrbuch der Pharmakologie und Receptur. Neu bearbeitet von Dr. W. Filehne, Prof. in Breslau. Uebers. nach der 4. Aufl. von Dr. A. Zederbaum. St. Petersburg 1888. Verlag von C. Ricker. 460 S. (Russ.).

Das Erscheinen von 4 Auflagen im Verlaufe von nur 6 Jahren ist die beste Empfehlung für dieses Handbuch, umsomehr, als die deutsche Literatur an guten Handbüchern der Pharmakologie nicht arm ist. Diese immerhin seltene Erscheinung erklärt sich hinreichend dadurch, dass das Buch bei seinem verhältnissmässig geringen Umfang doch alles Wichtige und Wesentliche enthält. Weniger wichtige Einzelheiten sind garnicht erwähnt. Streitige Fragen sind nur angedeutet und zwar der Vollständigkeit wegen. Das Buch ist hauptsächlich für angehende Mediciner und für junge Aerzte geschrieben und daher schien es dem Verf. äusserst zweckmässig, alles weniger Wichtige und in der Wissenschaft noch nicht Feststehende fortzulassen und die Einheitlichkeit des Ganzen nicht durch allzuvieles Detail zu schädigen, damit der das medicinische Studium Beginnende in jeder die Therapie betreffenden Frage sich sofort genaue Auskunft verschaffen könne und sich nicht in einer Menge der widersprechendsten Meinungen verliere. Der glänzende Erfolg des Buches beweist es, dass es dem Verf. desselben gelungen, dieser schweren Aufgabe zu genügen. Die 4. Auflage ist auf Bitte des Verf. von dem Breslauer Pharmakologen Prof. Filehne durchgesehen und durch die wichtigsten Errungenschaften der letzten Jahre auf dem Gebiete der Arzneimittellehre vermehrt worden, mit Beibehaltung der ursprünglichen Gruppirung des im Buche enthaltenen Stoffes. In Anbetracht der grossen Vorzüge des Werkes, welches eine gelungene Combination der Vollständigkeit mit der Kürze vorstellt, ist man dem Uebersetzer zu grossem Danke verpflichtet, dass er das Buch den russischen ärztlichen Kreisen zugänglich gemacht hat. In der russischen Ausgabe ist der praktische Theil überall durch Angaben aus der russischen Pharmakopoe (1880) ergänzt. Da Cloetta sein Lehrbuch hauptsächlich nach der Schweizer-Pharmakopoe bearbeitet; so ist Alles, was den russischen Leser nicht interessirt, fortgelassen. Die dem Original beigegebene Uebersicht der wichtigsten Heilquellen ist durch eine genaue Aufzählung der russischen Quellen vervollständigt, mit Angabe ihrer Lage und Eigenschaften, sowie mit einem Hinweise auf die Kumyssanstalten in Russland. Der russischen Ausgabe sind noch eine vergleichende Tabelle der Maximaldosen nach der russischen, deutschen und österreichischen Pharmakopoe und eine Tabelle der Maximaldosen, nach der Grösse der Einzeldosis gruppirt, hinzugefügt. Am Ende des Buches stehen dem Leser noch eine Tabelle der Löslichkeit der Arzneimittel und eine vergleichende Tabelle des Decimal- und des russischen Apothekergewichts zur Verfügung. Dank zwei genauen alphabetischen Inhaltsverzeichnissen, die das Werk beschliessen, kann dasselbe nicht nur als Lehrbuch, sondern auch als Nachschlagebuch in allen auf die Therapie bezüglichen Fragen dienen.

Die Uebersetzung ist correct und exact und der Druck ist gut. Dem Buche ist die weiteste Verbreitung zu wünschen. —ss.

Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1889, herausgegeben von Sanitätsrath Dr. S. Guttmann. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. I. Theil nebst Beiheft. Preis 5 Mark.

In Börner's Reichs-Medicinal-Kalender, Jahrgang 1889, begrüssen wir einen alten, guten Bekannten dessen Eigenschaften wir alljährlich an dieser Stelle lobend besprochen haben. Wie die früheren Jahrgänge, so bietet auch der vorliegende in seinem I. Theile welcher als Vademecum den Arzt auf seiner Praxis begleiten soll ausser dem Kalendarium und einem ausgiebigen Notizbuch für alle Tage des Jahres alle in den Kalendern üblichen Auskünfte und eine Anzahl für den Arzt wichtiger Capitel, so die Anwendung und Dosirung der Arzneimittel, die Maasse und Gewichte des menschlichen Körpers, Zeitrechnung der Schwangerschaft, erste Hülfeleistung bei Unglücksfällen. Charakteristik der wichtigsten Bade- und Curorte etc. etc. Das Beiheft enthält einige kurze Abhandlungen über wichtige Capitel aus der med. Praxis: Die Indicationen für in die interne Therapie neu eingeführte Mittel von Dr. Rosenheim (Berlin); die üblichen diätetischen und physikalisch-mechanischen Heilmethoden von San.-Rath Dr. Blaschko; die neueren Methoden der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten von Dr. J. Boas; therapeut. Notizen aus Dr. Lassar's Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis u. s. w.

Papier und Druck, sowie die äussere Ausstattung (solider Ledereinband mit lederner Verschlussklappe) lassen nichts zu wünschen übrig. Bf.

Vermischtes.

— Am 9. Dec. ist № 1 des «*Journal des 3. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte*» unter Redaction von Prof. W. W. Paschutin erschienen. Wir lassen im Interesse aller Derer, die den Congress zu besuchen beabsichtigen, hier kurz den Inhalt dieser ersten Nummer folgen; dieselbe giebt in dankenswerther Weise alle für den bevorstehenden Congress nöthigen Auskünfte.

Der Congress wird vom 2.—10. Jan. 1889 tagen; die erste allgemeine Sitzung findet im Saale der Adelsversammlung am 3. Jan. um 1 Uhr statt. Der leitende Ausschuss besteht aus den Herren: Botkin und Krassowski (Präsidenten), Slawjanski (Secretär), Rauchfuss (Kassirer), Paschutin (Redacteur). — Folgt die Liste der Leiter der Sectionen und Subsectionen; dann die Liste der Gründer der «Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow», deren Statut in extenso mitgetheilt wird. Hervorzuheben ist aus demselben, dass jeder russische Arzt, der es wünscht und den Beitrag von nicht weniger als 5 Rbl. (bis 10 Rbl.) zahlt, Mitglied wird. Die Congresse sollen alle 1—3 Jahre, je nach Beschluss der letzten allgem. Sitzung, stattfinden.

Für den bevorstehenden Congress hat der Ausschuss eine ganze Reihe von Fragen von mehr allgem. Interesse auf die Tagesordnung gesetzt (pag. 4 und 5); ferner sind bereits angemeldet 248 Vorträge (pag. 5—9), deren Titel wir aus Raummangel leider nicht geben können. Hervorheben wollen wir als von ganz besonderem Interesse unter der Section «Standesfragen» das von Dr. Ebermann dem 2. Congress vorgelegte «Statutenproject der Gesellschaft zum Schutz des ärztlichen Standes und der Fürsorge für sein Gedeihen» (cf. diese Wochenschrift 1887, pag. 31), zu welchem sich Dr. E. Bemerkungen - Vervollständigungen und Vorschläge der Collegen erbat. In Folge dessen ist ihm ein Auszug aus dem Sitzungs-Protokoll der Gesellschaft Kursker Aerzte vom 13. Mai 87 eingesandt worden, in welchem dieselbe bezüglich dieser Frage zu folgenden Schlüssen kommt: 1) Die Gründung einer Gesellschaft zur Selbsthülfe ist durchaus zeitgemäss und durch die Verhältnisse gefordert. 2) Die Aufgabe der Gesellschaft muss sich vor Allem erstrecken auf: Unterstützung und Schutz ihrer Mitglieder auf dem Gebiet ihrer professionellen Thätigkeit; zeitweilige materielle Hülfe in bestimmten Fällen; Entwickelung möglichster Annäherung der Mitglieder untereinander, bei welcher allein eine wahre und sorgsame gegenseitige Unterstützung denkbar ist; Einrichtung von Bibliotheken, Laboratorien etc. 3) Zum Zweck der Gesellschaft muss auch die Sorge um gerichtliche Eintreibung des Honorars für ihre Mitglieder in Fällen von Missbrauch der ärztlichen Leistung durch bemittelte Leute gehören. 4) Versorgung der Aerzte und ihrer Familien mit Pensionen, sowie die Verfolgung der Quacksalber gehört nicht in das Thätigkeitsgebiet der Gesellschaft. — Ferner sollten laut Beschluss des 2. Congresses die Herren Nagorski (Moskau) und Filatow (Ssimbirsk) dem 3. Congress das Statuten-Project einer allgem. ärztlichen Emeritalcasse vorlegen.

In der allgem. Sitzung am 3. Jan. werden sprechen: J. A. Ssikorski: über die Erfolge der Medicin bei Erforschung der Psyche, und A. G. Polotebnow: ist die Lepra ansteckend? — In der vereinigten Sitzung aller Sectionen am 6. Jan. (im Conferenzsaal der milit.-med. Academie): G. E. Rein: Ueberblick über die Hülfsmittel, die zur Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes von den verschiedenen Völkern Russlands in Anwendung gezogen werden; N. W. Jastrebow: Organisation der Geburtshülfe in den Städten Russlands. — In der letzten allgem. Sitzung am 10. Jan.: W. A. Danilewski: über den Einfluss der äusseren Natur auf die Entwickelung der Geistesthätigkeit. Auf der ärztlich-hygien. Ausstellung soll eine öffentliche Vorlesung von A. N. Ssolowjew über das Unhygienische der weiblichen Kleidung gehalten werden (mit Demonstrationen).

Im Journal finden wir ferner den Stundenplan für die Sectionssitzungen, die in den Auditorien der mil.-med. Academie stattfinden werden (nur die Sectionen für Landschaftsmedicin und Standesfragen im Dumasaale), sowie die Regeln für diese Sitzungen. — Es folgt die Liste der Hospitäler und Kliniken mit Angabe der Zeit, zu welcher sie für die Congressmitglieder geöffnet sind. Ferner die von uns bereits gebrachte Mittheilung über Preisermässigung auf den Eisenbahnen und in einzelnen Gasthäusern (cf. № 50), sowie das Programm der ärztlichen Ausstellung (cf. № 47).

Das *Congressbüreau* wird sich befinden: am 31. Dec. und 2. Jan. im Aerzte-Club (Troizki-Per. 15) von 12 Uhr Mitt. bis 9 Uhr Ab.; am 3. und 10. Jan. im Adelssaal (Michaelplatz) von 10½ Uhr bis zum Schluss der allgem. Sitzung; am 4.—9. Jan. im Acten-Saal der mil.-med. Academie von 8½ Uhr Morg. bis 5½ Uhr Nachm. — — Das Büreau hat folgende *Abtheilungen*: 1) des Cassirers (K. A. Rauchfuss): Ausgabe der Quittungen zum Empfang der Mitgliedskarten nach Einzahlung von 5 Rbl. (oder mehr): 2) des Secretärs (K. F. Slawjanski): Ausgabe der Mitgliedskarten gegen Empfang der Quittungen, auf welchen vorher der volle Name, Titel, Amt, Wohnort nebst Adresse und die Adresse in Petersburg zu verzeichnen sind; 3) des Redacteurs (W. W. Paschutin): Ausgabe des Journals gegen Vorzeigung der Mitgliedskarte (nicht der Quittung); 4) Erkundigungsbüreau (A. L. Ebermann): Mittheilung über freie Quartiere, Adressveränderungen, projectirte Vergnügungen, Ausgabe von Karten zur Erlangung der Retourbillete etc.

Wie diese № 1 des Journals im Interesse der Collegen, die den Congress mitmachen wollen, vor Eröffnung desselben erschienen und

an viele ärztliche Institutionen, Vereine etc. versandt ist, soll auch № 2 früher erscheinen (nur für Mitglieder) und zwar sollen in derselben kurze Referate womöglich aller beabsichtigten Vorträge enthalten sein (für jede Section steht ein halber Bogen zur Verfügung), damit Jeder sich vorher gehörig orientiren kann und dadurch die Debatten gründlicher, die Vorträge abgekürzt werden. Deshalb werden alle Vortragende gebeten möglichst bald ganz kurze Referate oder wenigstens die Thesen ihrer Vorträge dem Redacteur (mil.-med. Academie, Quartier des gelehrten Secretärs) einzusenden. S.

— Am 13. December gelangte im Cassations-Departement des dirigirenden Senats die *Cassationsklage des Dr. Dreypölcher* wider das vom hiesigen Bezirksgericht am 14. Juli c. über ihn verhängte *zweite Urtheil* zur Verhandlung. Das Cassations-Departement cassirte nach Anhörung der Erklärungen des Vertheidigers, des vereidigten Rechtsanwalts Pape, in Anbetracht des Verstosses des Bezirksgerichts gegen den Artikel 823 des Strafgesetzes, sowie der unrichtigen Auslegung der Artt. 341 und 339 der Strafbestimmungen nun auch das zweite Urtheil des Bezirksgerichts und übergab die Sache zur nochmaligen Urtheilsfällung dem hiesigen Bezirksgericht, jedoch wiederum bei anderer Zusammensetzung des Richtercollegiums.

— Am 11. December hatten sich im Restaurant *Donon* eine Anzahl Freunde, Collegen und Patienten des Hofmedicus Fremmert, welcher an diesem Tage sein *25-jähriges Dienstjubiläum* feierte, zu einem privaten Diner versammelt.

— Mittelst Tagesbefehls im Ministerium des Kaiserlichen Hofes vom 1. December c. ist der hiesige Arzt, Hofrath Dr. A. Selenkow, zum Arzt bei Sr. Kaiserl. Hoheit dem Grossfürsten Michael Nikolajewitsch ernannt worden.

— Der Charkowsche Stadtarzt E. Bellin ist als *Privatdocent für gerichtliche Medicin an der Charkower Universität* bestätigt worden.

— Am 2. December fand die Einweihung und Eröffnung der bei dem *Hospital der Gesellschaft des heiligen Georg neuerbauten Baracke für chirurgische Kranke* statt.

— Im Kiewschen Militärhospital ist am 25. November ein sechsjähriger Knabe, der Sohn des Regimentspriesters *Rosanow, an der Tollwuth gestorben*. Derselbe war vor einem Monat von einem Hunde gebissen und sofort nach Odessa gebracht worden, wo er auf der bacteriologischen Station den Pasteur'schen Präventivimpfungen unterzogen und darauf als geheilt entlassen wurde. Drei Tage nach seiner Rückkehr in's elterliche Haus traten bereits die ersten Anzeichen von Tollwuth auf.

— *Verstorben*: 1) Am 4. December in Kronstadt der Gehülfe des Chefs des Medicinalwesens im Kronstädter Hafen, wirklicher Staatsrath Dr. Carl Tundermann, im 58. Lebensjahre an Apoplexie. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten. Vom Jahre 1856 bis zu seinem Lebensende war T. im Marine-Medicinaldienste. 2) Am 6. December in St. Petersburg der Arzt M. B. Pawlow. 3) In Plozk der ehemalige Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Warschauer Militärbezirks, wirkl. Staatsrath A. Dombrowski, im 74. Lebensjahre. 4) Der zur Reserve der Militär-Medicinalbeamten gehörende Arzt A. Wahrmann. 5) Am 12. December n. St. in Marburg der frühere Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. Wilh. Roser, nahezu 72 Jahre alt. 36 Jahre hindurch hat der Verstorbene als Professor in Marburg gewirkt; er gehörte zu den hervorragendsten Lehrern der Chirurgie und gesuchtesten Operateuren Deutschlands. Von seinen zahlreichen Werken erwähnen wir hier sein «Handbuch der anatomischen Chirurgie» und sein «Chirurgisches Vademecum» als die bedeutendsten.

— Nach einer Anordnung des Odessaschen General-Gouverneurs sind die Aerzte, welche den Hypnotismus anwenden, verpflichtet, wenigstens zwei andere Aerzte zu jeder hypnotischen Seance hinzuzuziehen.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 4. December d. J. 5894 (91 mehr als in der Vorwoche), darunter 265 Typhus- (4 weniger), 533 Syphilis- (6 weniger), 100 Scharlach- (5 mehr), 9 Diphtherie- (8 mehr), 3 Masern- (2 mehr) und 8 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

— Am 27. November fand *die Eröffnung des St. Petersburger ärztlichen Clubs* in dem nunmehr ständigen Local desselben (Troizki-Pereulok № 15) statt, welches unter der Leitung des Künstlers Karasin in höchst gelungener Weise eingerichtet und ausgeschmückt ist. In dieser ersten Generalversammlung, an welcher 78 Gründer des Clubs theilnahmen, stattete der Präsident des Organisationscomités, Prof. Ssuschtschinski, einen kurzen Bericht über die Thätigkeit des Comités ab. Leider gestatten die grossen Ausgaben für die erste Einrichtung des Clubs nicht, im ersten Jahre die Zahlungen der Mitglieder für den Club zu ermässigen. Der *Mitgliedsbeitrag* ist auf 40 Rbl. fixirt, ausserdem sind 15 Rbl. einmalig als Einschreibegeld zu entrichten. Die Jahresbesucher (Nichtärzte) zahlen ebenfalls 40 Rbl. jährlich, aber kein Einschreibegeld. Eingeführte Gäste zahlen, wenn sie Aerzte sind, 50 Kop., andere Gäste beiderlei Geschlechts dagegen 1 Rbl. Eintrittsgeld. Für die bevorstehende Wintersaison sind folgende Unterhaltungen im Club in Aussicht genommen: 1) Ein Mal in der Woche, vorzugsweise an Sonntagen, musikalische, dramatische etc. Abendunterhaltungen im nebenan liegenden grossen Saale, mit nachfolgendem Tanz. 2) Am Montag wissenschaftlich-medicinische Versammlungen der Mitglieder. 3) Am Dienstag gemeinschaftliches Mittagessen der Mitglieder auf Subscription (für Mitglieder zu 1 Rbl. 50 Kop., für eingeführte Gäste zu 2 Rbl. das Couvert). 4) Am Mittwoch Familien-Tanzabende im Clublocal. Von Mitgliedern eingeführte Damen zahlen an diesen Abenden nur 50 Kop. Eintrittsgeld. Jeder Gründer hat das Recht, zwei Jahres-Eintrittsbillete für Damen, welche zur Theilnahme an allen Abendunterhaltungen des Clubs berechtigen, gratis zu bekommen.

— Im *Aerzte-Club* fand am 8. Dec. ein grosser *Ball zur Feier der Eröffnung* statt, zu welchem sich eine zahlreiche Gesellschaft eingefunden hatte. Die Herrenwelt bildeten zum grössten Theil Mitglieder des Clubs, unter denen wir eine Reihe der bekanntesten hiesigen Aerzte und Professoren der milit.-medicinischen Academie bemerkten; zu ihnen gesellten sich als beständiger Ehrengast des Vereins Sr. Exc. der Herr Stadthauptmann, viele geladene und eingeführte Gäste, unter denen im Interesse der tanzenden Damenwelt auch manche jüngere Elemente sich fanden. Demgemäss wurde denn auch in dem schönen Pawlow'schen Saale, der an das Vereinslocal stösst und für solche Abende hinzugenommen wird, flott bis zum Morgen getanzt und hoffen wir, dass die zahlreich erschienenen jungen Damen, die sich durch gefällige Toiletten auszeichneten, in dieser Hinsicht mit dem Feste zufrieden waren. Wir freuten uns über das behagliche und doch vornehm künstlerisch ausgestattete Heim, das sich der Aerzte-Verein zu schaffen gewusst hat. Es erscheint so recht dazu angethan um seinen Besuchern einige angenehme Ruhestunden nach des Tages Last und Hitze, die im ärztlichen Berufe ja oft recht drückend werden, zu bieten. Kein Geringerer als der bekannte Künstler Karasin hat die ganze Einrichtung geleitet, als deren Glanzpunct im ersten Saale zwei grosse Bilder von ihm paradiren. Der Verein hat ihn zum Danke für seine selbstlose, dankenswerthe Arbeit zum beständigen Ehrengast gewählt; als solcher war er auch an diesem Abend erschienen.

Der sehr gelungene Eröffnungsabend bildet hoffentlich ein günstiges Prognosticum für das Bestehen und die Entwickelung des Aerzte-Clubs. Die Letztere hängt natürlich von dem Anklang ab, den das Unternehmen in unseren ärztlichen Kreisen finden wird, da es nur durch regere Betheiligung der Collegen einerseits pecuniär sichergestellt werden, andererseits seinen Hauptzweck, den persönlichen Verkehr und den engeren gesellschaftlichen Zusammenschluss der ärztlichen Elemente unserer Stadt zu vermitteln, erfüllen kann; dann wird wohl auch der bisher ziemlich hoch bemessene Mitgliedsbeitrag (35 Rbl. jährlich, dazu 5 Rbl. Bibliothek und einmalig 15 Rbl. Eintrittsgebühr) niedriger bemessen werden können. Für Alles, was geboten wird, ist es, wenn auch nicht jedem bequem, so doch nicht viel; ausser Bibliothek, Spielen, geselligen Abenden, werden von Zeit zu Zeit Bälle, musikalische, literärische und dramatische Abende geboten im Interesse der Familien der Mitglieder. Wir möchten jedem Collegen rathen sich wenigstens ein Mal als Gast in den Club einführen zu lassen, um denselben kennen zu lernen, und sind überzeugt, dass Mancher dann als Mitglied demselben beitreten wird. S.

— Am 12. December beging die *Universität Dorpat* ihren *86. Jahrestag* in gewohnter festlicher Weise und unter lebhafter Theilnahme der academischen und anderer, städtischer Kreise. Die Festrede hielt dieses Mal ein Glied der theologischen Facultät, Prof. Dr. J. Hörschelmann, und zwar über «das landesherrliche Kirchenregiment in der evangelischen Kirche Deutschlands». Bei der darauf folgenden Zuerkennung der Preise für die eingelaufenen Preisarbeiten gelangten im Ganzen 7 Medaillen (6 goldene und 1 silberne) zur Vertheilung. Von der medicinischen Facultät wurden zwei Arbeiten mit goldenen Medaillen gekrönt, nämlich die Arbeit des Stud. med. Abraham Grünfeld aus Kischinew betreffend die experimentelle Prüfung der durch das Secale cornutum bei Thieren hervorgebrachten Veränderungen am Rückenmark, und die Arbeit des Stud. pharm. Eugen Wilbuschewicz aus Bjelostok, welche die «histologische und chemische Untersuchung der gelben Chinarinden» zum Gegenstande hat. Die *Heimbürgersche Prämie für wissenschaftliche Werke* im Betrage von 509 Rbl. 40 Kop. ist in diesem Jahre Prof. Dr. Gustav Bunge in Basel für sein «Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie» und dem Privatdocenten Mag. chem. Gustav Tamman in Dorpat für sein Werk «die Dampftensionen der Lösungen» zu gleichen Theilen zuerkannt worden.

Wir entnehmen dem Jahresbericht der Dorpater Universität pro 1888 noch nachstehende, vorzugsweise die medicinische Facultät betreffende, Daten:

Die Zahl des gesammten *Lehrpersonals* betrug 74, darunter 41 ordentliche Professoren (1 ausseretatmässiger), 2 ausserordentliche Professoren, 1 Professor der Theologie für Studirende orthodox-griechischer Confession, 9 Docenten, 1 Prosector am anatomischen Institut, 6 Privatdocenten u. s. w. *Nicht besetzt* sind in der *medicinischen Facultät*: die Professor der vergleichenden Anatomie, Embryologie und Histologie und das Amt eines Prosectors am vergleichend anatomischen Institut. Die *Zahl der Studirenden* betrug zum 1. December d. J. 1668, von denen 878 der *medicinischen Facultät* angehörten; die Zahl der *nicht immatriculirten Zuhörer* betrug 9. Aus dem *medicinischen Stipendiaten-Institut* wurden 5 Stipendiaten nach Vollendung der Studien zur Anstellung im Kronsdienst entlassen. In der *Universitäts-Klinik* wurden behandelt: in der medicinischen stationär 460 Personen, ambulatorisch 841 und poliklinisch 1798 Personen; in den *chirurgischen Kliniken*: stationär

597 und ambulatorisch 1625 Personen; in der *ophthalmologischen Klinik*: stationär 259 und ambulatorisch 2943 Personen; in der *geburtshülflichen Klinik* wurden entbunden 135 Personen; stationär behandelt 178, ambulatorisch behandelt 567 und poliklinisch entbunden 240 Personen; in der *psychiatrischen Klinik* wurden stationär 132, ambulatorisch 200 Personen behandelt. In der *Abtheilung der chirurgischen Klinik für Zahnkrankheiten* sind ambulatorisch behandelt worden 576 Personen. In der *Universitäts-Abtheilung des Bezirkshospitals* wurden 417 stationäre Krankheitsfälle zum Unterricht der Studirenden der Medicin benutzt, ausserdem 91 gerichtliche und 34 pseudogerichtliche Obductionen gemacht und 5 Leichenuntersuchungen zu pathologisch-anatomischen Zwecken angestellt. Im *pathologischen Institut* wurden in Allem 94 Leichen obducirt. Ueberhaupt haben sich *Glieder der medicinischen Facultät* in 10,968 Krankheitsfällen an der ärztlichen Behandlung betheiligt.

Bülletin der meteorologischen Station Dr. Dmitrijew's in Jalta.

Monat u. Datum	Temp. der Luft nach Celsius						Barometer	Hygrn.	Windfahne			Zustand d. Himmels			Mm. Niederschlag
	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	Maximum	Minimum	Mittel	Mittel	Mittel	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	7 U. Morg.	1 U. Tags	9 U. Ab.	
Nov. 19	+7,6	+14,6	+9,4	+19,0	+7,2	+10,5	763,4	79	0	0	0	S_8	0	0	—
20	+11,0	+12,6	+10,6	+15,0	+9,2	+11,4	763,3	76	0	0	0	SC_6	SN_{10}	CN_9	—
21	+10,0	+12,6	+8,2	+17,0	+6,4	+10,4	757,4	57	0	ZW_4	Z_8	CN_8	CN_7	CN_4	6,2
22	+6,8	+6,8	+3,8	+12,0	+3,8	+5,5	760,1	52	W_4	NW_2	NW_2	CN_6	CN_5	C_2	—
23	+4,8	+6,4	+4,4	+12,0	+3,0	+5,2	764,7	69	0	0	0	CN_9	N_{10}	N_{10}	—
24	+3,6	+7,4	+5,8	+11,0	+3,8	+5,6	766,5	74	0	E_5	0	N_{10}	N_{10}	N_{10}	2,3
25	+5,2	+6,2	+5,8	+12,0	+4,6	+5,9	766,5	83	0	0	0	NC_{10}	CN_{10}	C_7	10
26	+6,4	+9,2	+5,4	+13,0	+4,6	+7,0	763,4	68	0	ZE_1	W_4	N_{10}	N_8	CN_4	—
27	+4,4	+7,0	+4,6	+11,0	+3,0	+5,3	764,6	73	0	0	0	N_{10}	CN_{10}	CN_8	—
28	+4,2	+6,4	+3,8	+11,0	+3,2	+4,8	759,3	82	0	0	0	CN_{10}	N_{10}	N_{10}	—
29	+4,8	+10,0	+6,6	+13,0	+2,6	+7,1	757,0	70	0	0	0	CN_6	N_9	S_7	1,7
30	+2,4	+4,8	+1,8	+9,0	−2,2	+3,0	759,9	65	N_8	NW_6	0	CN_9	C_5	C_4	—
Dec. 1	+1,8	+4,8	−1,2	+12,0	−6,6	+1,8	760,8	55	N_8	NE_5	N_4	N_4	CN_9	N_{10}	—
2	−6,0	−4,0	−6,2	+5,0	−8,4	−5,4	770,3	62	NE_5	0	N_4	N_4	CN_9	SC_5	—

N = Nord, Z = Süd, W = West, E = Ost, 0 = Windstille. Die beigefügte Zahl giebt die Stärke des Windes in 1/10 an. — C = Cumulus, N = Nimbus, S = Stratus. Die beigefügte Zahl zeigt an, wie viel Zehntel des Himmels bedeckt sind. 0 = wolkenloser Himmel.

F. W.

— Da die Schmähschrift Morell Mackenzie's «Friedrich der Edle und seine Aerzte» wohl in Russland nur wenig Verbreitung gefunden, möchten wir in unserer Chronik die Thatsache fixiren, dass er in den 3 statistischen Tabellen am Schlusse seines Buches auch die russische Literatur berücksichtigt hat und folgende Fälle anführt, allerdings ohne Quellen-Angabe.

In Tabelle I (Thyreotomie):

Studenski, Kasan (Reporter) — 56-j. Pat. — 1883 — Tod nach 8 Monaten.

In Tabelle II (Theilweises Anschneiden des Kehlkopfes):

Skliffkowski — 47-j. Pat. — 1882 — Krebs? — Recidiv nach 3 Monaten (soll wohl Sklifassowski heissen).

Simanowski — (Alter des Pat. und Operationsjahr nicht angeführt) Krankheit — Krebs; lebte noch 1 Jahr. (Woran gestorben nicht angegeben).

Multanowski — 47-j. Pat. — 1882 — Krebs — Recidiv nach 3 Monaten.

In Tabelle III — Totale Exstirpation..

Multanowski — 59-j. Pat. — 1875 — Tod n. 3 Mon. Pneumonie.
Multanowski — 47-j. » — 1875 — Tod durch Recid. n. 2 Mon.
Reyher . . . — 60-j. » — 1876 — Tod a. 11. Tage. Pneumonie.
Multanowski — 60-j. » — 1879 — Tod in 5 T. Pneumonie.
Reyher . . . — 48-j. » — 1880 — Tod a. 7. T. Pneumonie.
Reyher . . . — 57-j. » — 1881 — Tod a. 5. T. Pneumonie.
Reyher . . . — 65-j. » — 1881 — Tod a. 7. T. Pneumonie.
Reyher . . . — 55-j. » — 1882 — Tod a. 14. T. Erschöpfung.
Reyher . . . — 73 j. » — 1882 — Tod durch Recid. n. 9 Mon.

Zum Schluss 5 Fälle, welche dem Verf. am 20. Sept. 1888 durch Prof. Dr. Pelechin mitgetheilt wurden. Von diesen wegen Krebs Operirten starben 4 in einigen Tagen und einer in 2 Minuten. Wann diese Patienten operirt worden und in welchem Alter sie sich befanden, ist nicht angegeben, desgleichen fehlt die Angabe, ob Prof. Pelechin eigene Fälle mittheilt, oder der Literatur entnommene.

Es wäre äusserst wünschenswerth, dass sich unter unseren Chirurgen Jemand fände, welcher sich der Mühe unterzöge, die Larynxexstirpationen in Russland kritisch zu bearbeiten und die Angaben des Herrn Mackenzie bezüglich Russlands einer wissenschaftlichen Controlle zu unterziehen. Es wird sich dann wohl zeigen, dass er kein Recht hatte, die in Russland erzielten Erfolge ohne Grund anzuschwärzen.

— C. Liebermann und F. Giesel ist es gelungen aus einer Nebenbase des Cocains das Ecgonin zu gewinnen und aus letzterem durch Synthese *künstliches Cocain* darzustellen. Merck hatte zwar schon i. J. 1885 ein künstliches Cocain dargestellt, doch konnte seine Methode zu keiner Bedeutung gelangen. Das von Liebermann und Giesel gewonnene synthetische Cocain ist vollkommen identisch mit dem reinen natürlichen Alkaloide und frei von den im Handelscocain oft vorkommenden Nebenalkaloiden, welche Reizerscheinungen und die so oft beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen bedingen sollen.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 27. Nov. bis 3. Dec. 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
258	198	456	111	40	53	9	4	6	34	55	43	39	41	16	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 0, Scharlach 8, Diphtherie 13, Croup 1, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie u. Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 22.

Für die Woche vom 4. bis 10. December 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
243	220	463	91	29	69	12	5	9	46	43	53	43	32	19	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 0, Masern 1, Scharlach 13, Diphtherie 6, Croup 2, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 4, Pyämie u. Septicämie 5, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungskanals 73, Todtgeboren 28.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeboren	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	25 Nov.—1 Dec.	2367	28,7	—	1352	16,5
Paris . . .	2 260 945	25 Nov.—1 Dec.	1092	2[illegible],1	86	876	20,1
Brüssel . .	181 270	18.—24. Nov.	96	27,8	3	82	23,5
Stockholm .	221 549	18.—24. Nov.	144	33,5	8	65	15,3
Kopenhagen	300 000	28 Nov.—4 Dec.	228	39,5	6	99	17,1
Berlin . . .	1 414 980	25 Nov.—1 Dec.	834	30,6	37	547	20,1
Wien . . .	800 889	25 Nov.—1 Dec.	477	30,9	36	358	23,3
Pest . . .	442 787	18.—24. Nov.	281	33,0	14	249	29,3
Warschau .	444 814	25 Nov.—1 Dec.	269	31,2	20	240	28,3
Odessa . .	268 000	25 Nov.—1 Dec.	—	—	4	132	25,6
St. Petersburg	**861 303**	**2—8 Dec.**	**574**	**33,9**	**28**	**394**	**23,8**

☞ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December 1888.**

☞ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. December 1888.**

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge und der Abonnements auf die «St. Petersb. Medicinische Wochenschrift».

ANZEIGE DER REDACTION.

Mit dem 1. December a. c. hat unsere Geschäftsverbindung mit Herrn Friedrich Petrick aufgehört und wird die **ausschliessliche Annahme aller Annoncen** von jetzt ab in der **Buchhandlung** des Herrn **Carl Ricker**, Newsky-Prospect № 14, stattfinden.

Die billigste medicinische Zeitschrift ist, von allen ähnlicher Tendenz, die nunmehr in den 39. Jahrgang tretende, unter dem Titel:

Medicinische Neuigkeiten für prakt. Aerzte

herausgegeben vom
k. Universitäts-Professor und Landgerichtsarzte
Medicinalrathe **Dr. Aloys Martin** zu München.
Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten.
Preis jährlich nur 8 Mark.

Diese Zeitschrift macht es sich von jeher zur Aufgabe, besonders dem vielbeschäftigten Arzt, welcher von der Lektüre umfangreicher Journale abgehalten ist, allwöchentlich die wichtigsten praktisch verwerthbaren Fortschritte der gesammten in- und ausländischen Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe vorzuführen. Probenummern stehen gern zu Diensten. Bestellungen hierauf nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt entgegen. 19 (1)

Erlangen. **Palm & Enke.**

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien: 18 (1)

Die permanente Extensionsbehandlung.

Die subcutanen und complicirten
Fracturen und Luxationen
der Extremitäten und ihre Folgen.
Von **Professor Dr. Bardenheuer**
in Köln a. R.
Mit 216 Holzschnitten. gr. 8. geh. M. 24.—

Curort **SALZBRUNN**, Schlesien.
Cursaison vom 1. Mai bis Ende September.

OBERBRUNNEN

(seit **1601** medicinisch bekannte alkalische Quelle **ersten Ranges.**)
Ausgezeichnet durch **Wohlgeschmack** und **Haltbarkeit.** Gegen Erkrankungen der **Lungen,** des **Halses,** der **Harnorgane, Gicht** etc. —
Versand zu jeder Jahreszeit durch 10 (1)
Salzbrunn i. Schl. **Furbach & Strieboll.**

PAPIER RIGOLLOT

Senf in Blättern als Senfpflaster.
Adoptirt von den Hospitälern aller Länder.
DAS EINZIGE SENFPFLASTER, WELCHES ZUR EINFÜHRUNG DURCH DAS RUSSISCHE MEDICINAL-DEPARTEMENT AUTORISIRT.

P. RIGOLLOT erfand das Mittel den Senf auf Papier zu fixiren ohne dessen Kraft zu alteriren; hiermit leistete er einen grossen Dienst der Heilkunst.

Wird in allen Pharmacien verkauft.

Jedes Blatt trägt seine Unterschrift mit rother Tinte.

Bitte diese Unterschrift zu reclamiren um nicht Contrifacons zu erhalten.

P. Rigollot

Depôt générale: 24 Avenue Victoria, Paris.

CELLULOID-PESSARIEN

nach Professor **B. S. Schultze** in Jena.

Wasserhelle Ringe von 70 bis 120 Mm. Durchmesser, welche die leichte Formbarkeit der mit Gummi überzogenen Kupferdraht-Ringe mit der Sauberkeit, Haltbarkeit und geringem Gewicht derer aus Hartgummi verbinden, werden von unterzeichneter Fabrik gefertigt und sucht dieselbe General-Agenten und Wiederverkäufer an allen grösseren Plätzen. 4 (1)

Rheinische Gummi- und Celluloid-Fabrik,
Mannheim in Baden.

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.
Central-Dépot von Verband-Waaren.
Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.
Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.
Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.
Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc. 6 (32)

Medico-mechanisches INSTITUT

von Dr. **W. Djakoffsky & C°.**
St. Petersburg, Kasanskaja 3.
Aerztliche und **diätetische** Gymnastik (nach dem mechanischen System des Dr. Zander in Stockholm). **Massage.**
Orthopaedische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und anderer Deformitäten. 109 (7)
Empfang **täglich** von 10—4 Uhr.

Gemütskranke

finden jederzeit Aufnahme in der **Dr. Erlenmeyer'**schen **Anstalt** zu **Bendorf** bei **Coblenz.** 20 (1)

Ausführl. **Kataloge** gratis und franco.

Microscopische Präparate

Fischer's medic. Buchhdl. H. Kornfeld. Berlin N.W. 6.

Blookers reiner Cacao

KOMMT PER TASSE NUR 4 K.

Augenblickliche Zubereitung auch in der Tasse. Zu haben in allen grösseren Colonialwaaren- und Droguenhandlungen in Blechdosen von $^1/_1$, $^1/_2$, $^1/_4$ und $^1/_8$ Kilo Netto Gewicht. Fabrikanten **J. & C. Blooker,** AMSTERDAM. Haupt-Depot für Russland bei der Firma **„JAVA"**, St. Petersburg, Grosse Morskaja Nr. 40.

Für Reconvalescenten und Kinder zu empfehlen als



XIII. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge. V. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. ED. v. WAHL, Dorpat. — Dr. TH. v. SCHRÖDER, St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnements-Preis** ist **in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inclusive Post-Zustellung; **in den anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Inserations-Preis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 12 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Original-Artikel zugesandt; Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie **alle Inserate** bittet man ausschliesslich an die **Buchhandlung** von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14 zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor** v. Schröder (Malaja Italjanskaja, Haus 33, Quart. 3) zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr, ausser Sonntags.

№ 52. **St. Petersburg, 24. December (5. Januar 1889)** **1888.**

Die moderne Magendiagnostik.

Von

Dr. Frhr. von Sohlern,

Arzt der Heilanstalt für Magenkranke in Bad Kissingen.

(Schluss).

Die lange Zeit hindurch verbreitetste Methode war die mit Methylanilinviolett, wie sie meines Wissens von den Velden zuerst gebrauchte. Leider gab dieselbe zu manchen Irrthümern Veranlassung, da dieselbe Reaction auch bei anderen im Mageninhalt vorkommenden Beimengungen auftritt und bei Anwesenheit von Peptonen (4% pro Mille Salzsäure) etc. verdeckt wird.

Methylanilinviolett wird in Wasser bis zu einer rothviolettеn Lösung verdünnt, die auf Zusatz von Salzsäure blau gefärbt wird. Wohl die Schönheit der Bläuung hat sie trotz der gleich zu erwähnenden Fehler, die Cahn und Frhr. von Mering zuerst hervorhoben, bis jetzt im Gebrauche erhalten.

Ausser der Salzsäure wird aber auch die Bläuung durch die neutralen Lösungen der Chloride Natrium, Kalium, Calcium, Ammonium und Magnesium hervorgerufen, z. B. geben 1,5% NaCl, 1,6% $CaCl_2$ und 2% NH_4Cl dieselbe Reaction.

Ueberdies können nicht nur, wie eben erwähnt, in bestimmter Menge vorhandene Peptone, sondern auch noch nicht peptonisirte Eiweisskörper und Amidosäuren, saure Phosphate, reichlicher Speichel und mucinreiche Producte die Reaction verdecken.

Das entschieden werthloseste Reagens ist das Fuchsin oder Rubin, das in fuchsinrother Lösung in Gegenwart beträchtlicher Mengen Salzsäure sich mehr oder weniger entfärbt. Hierzu gehören aber recht beträchtliche Salzsäurewerthe.

Erwähnt sei auch noch der Heidelbeerfarbstoffextract nach Uffelmann, der auf Salz- und Milchsäure reagirt, wenn diese nicht 4 pro Mille übersteigt. Der amylalcoholische Auszug der Heidelbeeren (Flores Myrtilli) ist violett und wird mit HCl rosaroth.

Die sicherste Methode HCl zu bestimmen ist also die Günzburg'sche. *Daneben empfiehlt sich zur Entscheidung zwischen freier Säure und sauren Salzen das Tropaeolin 00 in wässriger* Lösung, sowie das Congopapier, das namentlich nach der Intensität der Bläuung ebenso wie das Günzburg'sche Verfahren eine annähernde quantitative Schätzung zulässt.

Nun kämen wir zu den für den Praktiker weiterhin noch wesentlichen organischen und flüchtigen Säuren, aus deren Vorhandensein wir wichtige Schlüsse ziehen können. Es handelt sich für den praktischen Arzt meist um den Nachweis von Milch-, Butter- und Essigsäure.

Die Milchsäure wird mit der schon erwähnten Eisenchloridcarbolsäurelösung nach Uffelmann nachgewiesen. Die amethystblaue Farbe wird stroh- bis zeisiggelb, je nach der Menge der vorhandenen $C_3H_6O_3$. Dieselbe Reaction finden wir aber auch durch milchsaure Salze, die übrigens doch nur da möglich sind, wo Milchsäure war oder noch vorhanden ist; sie ist also im Grunde nicht irreführend.

Um die Methode einwandsfrei zu machen, da auch Alcohol, Zucker und namentlich die häufig vorkommenden phosphorsauren Salze Gelbfärbung hervorrufen können, muss man etwas Filtrat 4—5 Mal mit je 6 Ccm. Aether, mit dem sich die Milchsäure sehr leicht verbindet, tüchtig ausschütteln und jede Portion in ein Näpfchen giessen, nachdem sich der Aether abgesetzt. Die so im Näpfchen befindliche, ausgeschüttelte Menge wird in heissem Wasser

ohne offene Flamme abgedampft und mit wenigen Tropfen Wasser versetzt. Dieser Rückstand zeigt dann auf Zusatz weniger Tropfen (1—2 je nach der Menge) Eisenchloridcarbollösung Zeisiggelbfärbung, wenn thatsächlich $C_3H_6O_3$ vorhanden, oder die Reaction bleibt aus, wenn dieselbe durch phosphorsaure Salze, Alcohol etc. bedingt war.

Die Buttersäure $C_4H_8O_2$, die sich schon durch den Geruch bemerkbar macht (wie ranzige Butter), wird gleichfalls mit der amethystblauen Eisenchloridcarbollösung nachgewiesen, die sich bei Anwesenheit von $C_4H_8O_2$ rauchgelb färbt.

Essigsäure endlich verräth sich ebenfalls durch den Geruch und wird nachgewiesen, indem man die Eisenchloridcarbollösung im Reagensgläschen kocht. Der Inhalt wird bei Anwesenheit von $H_2C_2O_2$ braun.

Weitere qualitative Säurebestimmungen haben nur theoretisches Interesse und für den Arzt keinen praktischen Werth.

Quantitative Bestimmungen der organischen Säuren sind meist überflüssig, da sich aus der Stärke der Reaction und dem Geruchsinn die für die Praxis nöthigen Schlüsse ziehen lassen. Wer sich besonders dafür interessirt, findet in den Arbeiten der Chemiker die nöthigen Notizen.

Die quantitative Säureanalyse oder Aciditätsmethode wird durch die Titrirmethode festgestellt.

Eine wohlgraduirte Bürette wird mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge (4 Grm. NaOH auf 1000 Grm. Aq. destill.) gefüllt, 10 Ccm. Magenfiltrat mittelst einer vorher mit der Bürette wohl übereinstimmend gefundenen Pipette in ein Becherglas gebracht und diese Flüssigkeit mit einem Färbemittel, das als Indicator dient, gefärbt. Hiezu wird gewöhnlich Lakmustinctur von ausgesprochen blauer Färbung genommen, die in das saure Magenfiltrat gebracht, dasselbe roth färbt. Lässt man nun aus der Bürette vorsichtig $^1/_{10}$ Normalnatronlauge in das gefärbte Untersuchungsobject fallen, so giebt uns *die Anzahl der verbrauchten Ccm. bis zu dem Moment, wo auch beim Schütteln die ganze zu untersuchende Flüssigkeit homogen blau geworden ist, multiplicirt mit der Aequivalentzahl der Salzsäure* auf 1 Ccm. $^1/_{10}$ Normalnatronlauge ausgerechnet 0,003646 oder *für die Praxis* 0,00365 (da die letzten Decimalstellen für die Diagnose bedeutungslos sind), *den HClgehalt in den* 10 *Ccm. Magenfiltrat.*

Z. B. ich verbrauche bei 10 Ccm. Magenfiltrat 5,2 Ccm. $^1/_{10}$ Normalnatronlauge, so sind in den 10 Ccm. Magenfiltrat $5{,}2 \times 0{,}00365 = 0{,}018980$, also in 100 Ccm. 0,18980% Salzsäure enthalten. Die Acidität für diesen Fall ist demnach 0,19%.

Da die Lakmustinctur sich leicht zersetzt, und dadurch die Reaction schwierig wird, bedient man sich mit mehr Vortheil der Rosolsäure oder des Phenolphthaleïns in alcoholischer Lösung (0,2 : 100 Alcohol. absolut.) als Indicator.

Die Rosolsäurelösung stellt eine *orangegelbe* Flüssigkeit dar, die in den *sauren Magensaft gebracht Zeisiggelbfärbung* hervorruft, welche im Momente der Sättigung *roth* wird. *Phenolphthaleïnlösung* ist im *sauren Filtrat wasserklar* und deutet durch *ausgesprochene Rothfärbung*, die auch beim Umschütteln bleiben muss, den Moment der gegebenen Berechnung an. Beide Reactionen sind sehr deutlich und auch für minder geübte Augen die empfehlenswerthesten. Ueber die praktische Bedeutung der Aciditätsbestimmung bei Magenerkrankungen für Diagnose und Therapie verweise ich auf meine Veröffentlichung in der Berl. klin. Wochenschrift 1887, № 50.

Nachdem wir auf die angegebene Weise die Natur der Säuren und die Acidität bestimmt haben, interessirt es uns vor Allem, uns über die vorgegangene Eiweiss- und Kohlehydratverdauung im kranken Magen zu orientiren.

Bei der Verdauung der Albuminate giebt es, ehe sie in Peptone, das Endstadium der Magenverdauung umgesetzt werden, verschiedene Zwischenstufen, deren Untersuchung uns einen Schluss auf die Intensität der Verdauung gestattet.

Wichtig für die Praxis ist der Nachweis von Propepton und Pepton. In einem Magen, dessen Filtrat reichlich Propeptone bei vorgeschrittener Verdauung, also in der von mir eingeführten Zeit, 3 Stunden post coenam enthält, sind desto weniger Peptone gebildet oder auch aus dem Magen hinausgeschafft worden, ein Umstand, der für die Frage der Ernährung von grosser Bedeutung ist.

Propeptonnachweis: Dem sauren Magenfiltrate werden zum Neutralisiren einige Tropfen Aetzkalilauge zugesetzt, ebenso viel concentrirte Kochsalzlösung wie Filtrat zugefügt, worauf man etwas *reine Essigsäure* zufliessen lässt. Tritt *Trübung* auf, so ist damit das Vorhandensein von Propeptonen bewiesen. Die Intensität der Trübung dient uns als Schätzungswerth, da wir eine quantitative Bestimmung noch nicht machen können. Fehlt die Trübung, so ist kein Propepton vorhanden.

Peptonnachweis mittelst der Biuretreaction. Das Magenfiltrat wird durch Zusatz von etwas Aetzkalilauge stark alkalisch gemacht. Bei Zusatz einiger Tropfen stark verdünnter Kupfervitriollösung entsteht in Beisein von Peptonen eine schöne *rosenrothe*, während bei den Vorstufen Albumin und Syntonin bläuliche oder blauviolette Färbung stattfindet.

Um den Gehalt des Magens an Pepsin zu erfahren, bringt man ein 10 Mm. im Durchmesser grosses und 1,5 Mm. dickes gesottenes Eiweissscheibchen, das mit dem Doppelmesser und dem Korkbohrer ausgeschnitten wird, in 10 bis 15 Ccm. Magenfiltrat, mit dem dann die künstliche Verdauungsprobe im Brütofen bei Magentemperatur (38 bis 40° C.) angestellt wird. Normaler Magensaft verdaut hierbei innerhalb 30—50 Minuten, hyperacide Filtrate in kürzerer Zeit und sehr salzsäurearme Säfte *sehr* langsam, carcinomatöse lassen das Scheibchen noch nach 24 Stunden unberührt.

Diese Verdauungsprobe ist für die Praxis überflüssig, da ja der Peptonnachweis schon den nöthigen Aufschluss über die Pepsinausscheidung giebt, überdies sei daran erinnert, dass selbst geringe Mengen Pepsin genügen, da dasselbe ein äusserst wirksames Ferment ist.

Die Umsetzung der Stärke resp. Kohlehydrate beginnt unter der Einwirkung des Ptyalins schon im Munde und wird eine Zeit lang im Magen fortgesetzt, bis ein bestimmter Säuregrad die Weitersaccharifizirung inhibirt, und zwar findet das bei HCl zwischen 0,01—0,025%, bei organischen Säuren viel höher, z. B. bei $C_3H_6O_3$ bei 0,1—0,2% und bei $C_4H_8O_2$ erst bei 0,3—0,4% statt. Es giebt verschiedene Zwischenstufen bis zur Maltose, die wir als Endproduct der Magenthätigkeit ansehen können, die neben und nach einander vorkommen. Die Vorstufe der Maltose ist das sogenannte Achroodextrin, wieder eine Vorstufe dieses nennen wir Erythrodextrin.

Setzen wir von einer verdünnten Lugol'schen Lösung (0,1 Jod, 0,2 Jodkalium auf 200 Grm. Wasser) einige Tropfen dem zu untersuchenden Filtrate zu, so sehen wir bei Blaufärbung, dass nur wenig oder gar keine Stärke umgewandelt ist (Amylumreaction), bei Rothfärbung, dass die Stärke in Erythrodextrin und endlich bei Farblosigkeit oder doch nur der verdünnten Jod-Jodkalilösung entsprechender Färbung in Achroodextrin oder Maltose übergeführt ist. Diese Methode giebt uns nicht nur einen Anhaltspunct für das zeitliche Auftreten des HCl, da bei sofortigem Auftreten oder Ueberproduction von Salzsäure (Hyperacidität) die Achroodextrinreaction ausbleibt, sondern auch therapeutische Winke, z. B. die Verabreichung von Stärke auch bei quantitativ nachgewiesener Hyperacidität, wenn wir Achroodextrin gefunden.

Die *Resorptionsverhältnisse des Magens* werden in folgender Weise eruirt:

Bei nüchternem Magen schluckt der Kranke eine wohlabgewichste Gelatincapsel mit 0,1 Grm. Jodkaliuminhalt, wobei er einen Schluck Wasser nimmt, so dass die Capsel rasch in den Magen gleitet und das Jodkalium nicht mit dem Speichel in Berührung kommen kann. Nun lässt man

den Pat. auf ein Stärkepapier spucken und vorsichtig mit dem Tropfenzähler verdünnte, rauchende Salpetersäure der bespuckten Stelle zufügen, wobei sich bei Gegenwart von Jod eine *rothe*, bei stärkerem Jodgehalt eine *blaue* Färbung zeigt. Unter normalen Verhältnissen ist die Resorption schon nach 8—15 Minuten nachweisbar.

Bei chronischem Catarrh finden wir diesen Vorgang verlangsamt (20—30 Minuten), bei Ulcus besteht nur mitunter Neigung zur Verlangsamung, während wir diese bei Ectasie sehr ausgesprochen finden und bei Carcinom erst nach mehreren Stunden (3—4 nach J. Wolff) Jod nachweisen können.

Wer sich viel mit Untersuchungen des Mageninhaltes beschäftigt, findet öfter, dass trotz tiefgehender chemischer Störung die Ernährung des Pat. eine leidliche ist, *wenn die Mechanik des kranken Organes eine ausreichende ist*, indem dann wohl der Darm vicariirend eintreten kann.

Es ist also der motorischen Function eine viel grössere Wichtigkeit beizumessen, als dies gewöhnlich geschieht, wenngleich deren Bedeutung auch nicht, wie dies kürzlich von Klemperer geschah, übertrieben werden darf.

Die gebräuchlichste und für den Arzt einfachste Methode ist nach meinen Erfahrungen immer noch die Leube'sche Probeausspülung, die nach 7 Stunden mit dem schon beschriebenen Probemahl vorgenommen wird, ohne dass zwischenzeitlich etwas genossen wurde.

Nach dieser Zeit muss der Magen leer, d. h. das Spülwasser klar sein, wenn seine Musculatur sufficient ist.

Ich will gerne zugeben, dass dies Verfahren für geringe Abweichungen nicht ausreichend ist, und dass dann die Salolmethode vorgezogen zu werden verdient, bezweifle aber, ob wir für die Therapie aus der Constatirung dieser kleinen Abweichungen wesentlichen Nutzen ziehen können.

Ein correctes, aber wegen seiner Umständlichkeit für den praktischen Arzt wenig geeignetes Verfahren ist das von O. Rosenbach, weshalb ich für die Interessenten an dieser Stelle nur auf seine Arbeit: «Der Mechanismus und die Diagnose der Mageninsufficienz» (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge № 153) hinweise.

Bei all' diesen Untersuchungen ist stets zu bedenken, dass Resorption und Peristaltik im engsten Zusammenhange stehen, wie wir dies bei Flüssigkeiten im dilatirten Magen am deutlichsten sehen.

Ewald, von der Beobachtung ausgehend, dass sich Salol in alkalischer Lösung (Darminhalt) in Salicylsäure und Phenol spaltet im Gegensatz zu seiner Unlöslichkeit im sauren Magensafte, suchte die Salicylsäure, resp. deren Umsetzungsproduct, die Salicylursäure im Harn nachzuweisen.

Salol wird 1 Grm. in Gelatincapsel während des Essens gegeben. Die Salicylursäure weist man durch eine neutrale Eisenchloridlösung im Harne nach, wobei derselbe eine violette Farbe annimmt. *Unter normalen Verhältnissen gelingt dies schon nach* 40—60 *Minuten.*

Kürzlich hat Klemperer auch hierüber Versuche angestellt, indem er dem zu Untersuchenden 105 Grm. Olivenöl, das selbst, wie auch die sich aus ihm entwickelnden Fettsäuren, vom Magen nicht resorbirt wird, durch eine Schlundsonde mit Trichter eingoss. Er bringt hierbei 5 Grm. Oel, das im Trichter und der Sonde haften bleibt, in Abzug. Nach 2 Stunden wurde mit 2—300 Ccm. Wasser das Oel wiederholt aspirirt, im Scheidetrichter von Wasser und Schleim getrennt, darauf mit Aether aufgenommen, der Aether im Kolben verflüchtigt, und das Oel wieder gewogen. Die Fehlergrenzen sollen 2—3 Grm. nicht überschreiten.

Klemperer fand bei Gesunden nach 2 Stunden 75 Grm. Oel in den Darm übergeführt, also noch 25 Grm. im Magen; bei Magenleiden mit vermindertem HClgehalt wurden nach 2 Stunden noch 76 und 77 Grm. im Magen gefunden. Bei Neurosen fand K. die Motilität auch beeinträchtigt; den Einfluss des Carcinoms auf die motorische Thätigkeit des Magens sieht er durch die secundären, anatomischen Erscheinungen bedingt.

Die gemachten Versuche erscheinen mir nicht zahlreich genug, um bindende Schlüsse zuzulassen. Auch dürfte sich der Pat. in der Privatpraxis kaum zu den bei einer Untersuchung wiederholten Aspirationen hergeben, die jedenfalls mehr Zeit in Anspruch nehmen, als die Leube'sche Ausspülung, die uns meist gleich beim ersten Abfliessen den gewünschten Aufschluss giebt.

Ueberdies dürfte der kranke Magen bei der Beschickung mit Oel unter gleichzeitiger Abspaltung von Fettsäuren leicht einer Indigestion ausgesetzt sein, die von dem Kranken, der in erster Linie Hilfe sucht, übel vermerkt werden dürfte.

Das Auge des Praktikers erkennt schon aus dem Exprimirten Manches. Ein Speisebrei, der die Eiweisssubstanzen und Kohlehydrate in feiner Vertheilung zeigt, wird im Allgemeinen auf eine geordnete Verdauung schliessen lassen, während die fast unumgewandelten Amylaceen neben fein zertheiltem Fleische auf Hyperacidität, hingegen wenig oder garnicht zerkleinerte Eiweisssubstanzen neben breiartig umgewandelten Kohlehydraten auf mangelnde Salzsäure und beide Nahrungsrepräsentanten nach 3-stündig. Verweilen im Magen noch als Bissen erkennbar, also garnicht zerkleinert, auf ein schweres Darniederliegen des Chemismus und Mechanismus schliessen lassen. Gährende, sich schon durch den Geruch bemerkbar machende Massen findet man nicht bei der Dilatation.

Mittelst des Mikroskopes erkennen wir eventuell vorhandene Geschwulsttheilchen, Blutkörperchen, Pilze etc., doch ist diese Untersuchung nur selten nöthig.

Es ist aus diesen Untersuchungsmethoden leicht ersichtlich, welch' gewaltigen Fortschritt die Erkenntniss der Magenkrankheiten in den letzten 20 Jahren gemacht hat, wenn wir damit die sonst üblichen Untersuchungsmethoden Percussion, Palpation, Auscultation etc. etc. vergleichen und bedenken, dass wir ausser diesen objectiven Hilfsmitteln auf die rein subjectiven Klagen der Kranken angewiesen waren. Wie Mancher klagte über Säure, die durch Gährungssäuren hervorgerufen wurde, welche nur in Folge ungenügender Salzsäureausscheidung möglich waren, und wurde Jahr aus Jahr ein mit Alkalien behandelt! Wie Mancher trank nicht kochsalzhaltige Mineralwässer bei Hyperacidität — und «vertrug dann den Brunnen nicht!». All' dieser Uebelstände sind wir bei Ertheilung eines Rathes nach der qualitativen und quantitativen Analyse überhoben.

Die Vortheile für die Therapie sind einleuchtend, und man wird nicht mehr aus einfacher Liebhaberei für dieses oder jenes Bad, die sich ja fast alle rühmen, bei Verdauungskrankheiten nützlich zn sein, die Kranken dahin dirigiren.

Ich selbst gebe in meiner Anstalt unbeschadet der Nützlichkeit unserer hiesigen Quellen, alle dem Individuum tauglichen Mineralwasser, wie Carlsbader, Biliner etc. etc. als Unterstützungsmittel der Cur, wobei freilich stets als conditio sine qua non die genügende Diät obenan steht. Erst nach exacter Untersuchung ist eine Individualisirung in der Behandlung überhaupt möglich.

Schliesslich sei es mir der besseren Uebersicht halber gestattet, nochmals eine Untersuchung in toto vorzuführen, wie sie am praktischsten erscheint und in meinem Hause seit geraumer Zeit geübt wird:

Nach aufgenommener Anamnese und gründlicher Untersuchung (nicht nur der Verdauungsorgane) des Pat. nimmt man 3 Stunden nach dem Probemahl die Expression vor.

Das also gewonnene Magenfiltrat wird mit Lakmuspapier zunächst auf seine Reaction überhaupt untersucht. Die Phloroglucin-Vanillinprobe und Eisencarbolchloridproben für die organischen Säuren geben uns den nöthigen qualitativen Aufschluss. Dabei kann man sich noch mit Tropaeolin über das Vorhandensein der sauren Salze unterrichten.

Nun wird die quantitative Analyse mit Rosolsäure- oder Phenolphthaleïnlösung als Indicator gemacht. Man beobachtet dann die Verdauung der Eiweisssubstanzen — Propeptonnachweis und Biuretreaction und der Kohlehydrate mit der Lugol'schen Lösung und vergewissert sich, wo

dies nöthig erscheint, Tags darauf über die Resorptions-Motilitätsverhältnisse in der angegebenen Weise.

Hierauf wird man einen wohldurchdachten therapeutischen Plan bauen können.

Referate.

J. Prior: Ueber die neueren Cannabispräparate. (München. Med. Wochenschr. № 33. 1888).

Obgleich in den letzten Jahren mehr und mehr Substanzen sich in einen Wettkampf mit dem Morphium einlassen, haben sie das Letztere doch nicht zu verdrängen vermocht. Nichtsdestoweniger ist das Erforschen und Erproben neuer Narcotica ein berechtigtes Unternehmen, weil dem Morphium Nachtheile eigen sind, welche einen Ersatz wünschenswerth machen. Neben neuen Mitteln z. B. Urethan, Sulfonal sind auch alte Narcotica zum Theil wieder in Aufschwung gekommen und streben durch neue Abkömmlinge zur verdienten Ehre. So ist es auch dem indischen Hanf ergangen, dessen Wirkung zu erforschen Verf. sich zur Aufgabe gemacht hat. Die officinelle Herba Cannabis indicae besteht aus den Zweigspitzen der weiblichen Stengel und aus den warzigrauhhaarigen Blättern, welche von den Zweigen der Pflanze abgestreift werden. Als wirksame Bestandtheile enthält der Hanf amorphes Harz und ätherisches Oel; ersteres soll schon in der Gabe von 0,04 hochgradige Wirkung haben. In Gebrauch sind ausserdem noch das weingeistige Extractum Cannabis indicae und die Tinctura. Für das Extractum gilt eine feste Maximaldosis (pro die 0,4; pro dosi 0,1) und würde dieses etwa zehnmal stärker als die Tinctur wirken. Die Unbeständigkeit der Präparate und verschieden grosse individuelle Widerstandsfähigkeit der Patienten erklären, dass nicht selten statt der erwünschten Wirkung allerlei andere Symptome, wie Uebelkeit, Herzklopfen, Beängstigung u. s. w. auftreten. Bei voller Wirkung ist die Narcose nicht unangenehm, wie Verfasser es an sich selbst erfahren konnte. «Der Hanfrausch ruft wunderbar lieblich klingende Musik und bezaubernden Gesang hervor, landschaftliche Bilder, welche durch ihre Schönheit entzücken; dann folgt der Schlaf, tief und traumlos, und am anderen Morgen ist die Erinnerung an all' das Herrliche noch wachend». Nicht gerade selten zeigt das Extract neben seinen guten Eigenschaften auch unangenehme und bedrohliche Nebenerscheinungen; solche üble Erfahrungen führten zu eifrigen Versuchen, Präparate aus der Cannabis indica herzustellen, welche die unzuverlässigen ersetzen und ausschalten sollten. Als gute Ersatzmittel sind wesentlich drei Präparate empfohlen worden: Cannabinum tannicum, Cannabinon und Balsamum Cannabis indicae. Das Cannabinum tannicum wurde von der bekannten Fabrik E. Merck in den Handel gebracht. Nach diesem Merck'schen Mittel stellt Bombelon in Neuenahr reines Cannabis dar, ein reines, lufttrockenes, nicht klebendes Pulver. Das Cannabinon sollte die anderen Präparate verdrängen. Das letzte Erzeugniss, den Cannabisbalsam, verdanken wir Denzel, welcher dasselbe sehr rühmt als ein Medicament von zuverlässiger Wirkung, als ein ausgezeichnetes Schlafmittel ohne jede unangenehme Nebenwirkung; als Einzeldosis wird 0,1—0,3 angegeben. Ausserdem giebt es noch eine stattliche Reihe anderer Präparate, doch hat Verf. über diese keine eigene Erfahrung. Nach den Berichten verschiedener Autoren scheint es, dass das Cannabinum tannicum nicht als das wirksame Princip des indischen Hanfs anzuerkennen sei, da dieses Mittel in einem Theil der Fälle wohl den gewünschten Erfolg hat, in anderen Fällen aber gänzlich versagt; Verf. hebt dagegen hervor, dass üble oder gar bedrohliche Nebenerscheinungen bei Anwendung des Cannabin. tannic. nie beobachtet worden sind. Man giebt es in Dosen von 0,3—1,5. Ueber das Cannabinon in Dosen von 0,1 berichten Sticker, Buchwald, Blumenthal, Richter und Purinelli nur Nachtheiliges. Nach vorausgehenden Hallucinationen mit Aengstlichkeitsgefühl und Lufthunger verfallen die Patienten in einen Zustand grosser Schwäche mit psychischer Alteration. Noch ungünstiger lauten die Berichte über den Balsam, dieser wirkte einmal sehr giftig schon in Dosen von 0,1. Verf. hat vielfach Gelegenheit gehabt, Versuche mit den verschiedenen Cannabispräparaten anzustellen, er reichte sie Kranken, welche an Lungenkrankheiten, vor allem an Phthisis und Emphysem leidend, entweder schon längere Zeit Morphium gebraucht hatten oder noch nicht mit Narcoticis behandelt worden waren; weiterhin solchen, welche an allgemeiner nervöser Unruhe mit Schlaflosigkeit litten und endlich älteren Leuten, welche durch anhaltende Agrypnie ohne bestimmte Ursache geschädigt wurden; in einem kleineren Procentsatze der Fälle waren es Patienten mit Herzfehlern, welche an Beklemmung und Circulationsstörungen litten. Das Cannabinum tannicum kam in Dosen von 0,5—1,25, das Cannabinon von Bombelon in Chocoladetabletten à 0,06; das Balsamum in Dosen von 0,1—0,2 zur Anwendung. Allen diesen Präparaten wohnt eine narkotisirende Wirkung inne, welche aber nur schwach ist, am günstigsten lauten die Beobachtungen des Vf.'s für das Cannabinum tannicum (Merck), es zeigt in fast 40% eine gute Wirkung. Das Cannabinon ist wenig empfehlenswerth, es führt zu Kopfschmerzen, zu Erbrechen und ist negativ in allen ernsten Fällen, bei Herzkranken steigert es die Beschwerden und die Herzarythmie. Nur bei hysterischen Frauen und bei Neurasthenikern wirkt das Cannabinon zuverlässiger. Das letzte Präparat (Denzel) bringt selbst in kleinen Dosen so schlimme Missstände hervor, dass seine Anwendung lieber unterbleiben sollten. Als einzig brauchbar von den drei genannten Präparaten bezeichnet Verf. nur das Cannabinum tannicum, obgleich seine Wirkung lange nicht so zuverlässig sei wie die des Morphium's, des Chlorals oder des Sulfonals. —tz.

E. Lier (Kreuznach): Ueber Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. 1888. № 8).

In dieser interessanten Arbeit legt Verf. seine Resultate über Versuche mit Mutterlauge, die er als Assistent Unna's angestellt hat, dar und giebt gleichzeitig eine genaue Schilderung der Wirkungen der Mutterlauge auf die Gewebe und der sich daraus ergebenden Indicationen für Anwendung derselben. Indem er davon ausgeht, dass die Mineralbäder nicht durch Resorption der Mineralstoffe durch die Haut, nicht nur auf reflectorischem Wege, ebenso nicht nur durch die in den Badeorten geübte Hygiene, die verschiedensten krankhaften Processe der Haut günstig beeinflussen, ein solch' günstiger Einfluss aber fraglos bestehe, namentlich bei Anwendung der Schwefel-, Kochsalz- und Soolbäder, wirft er die Frage auf, welcher Factor denn eigentlich der wirksame sei. Im Weiteren beschränkt er sich nur auf die Soolwirkung. Indem er der Annahme, dass Sool- und Kochsalzbäder annähernd die gleiche Wirkung üben, entgegentritt, constatirt er auch unter den Soolbädern graduelle Unterschiede, welche nicht alle für Dermatonosen gleich geeignet erscheinen lassen. Vor allen anderen erkennt er Kreuznach als Hautbadeort an. Bei der Frage, welcher Bestandtheil der Soole das wirksame Princip enthalte, verwirft er sowohl das Chlornatrium, welches allen Soolen gemeinsam ist (während doch verschiedene Soolbäder anders wirken, als Kreuznach), als auch das Jod und Brom, welche erstens nur als Salze in Betracht kämen und zweitens nur in geringen Mengen vorhanden seien und vindicirt nur dem Chlorcalcium (welches aber manchen Soolen gänzlich fehlt und in anderen in geringerem Maasse vorhanden ist) die heilsamen Eigenschaften.

Bei seinen Versuchen an Kranken kam er zu folgenden Resultaten: Die Mutterlauge entfaltet ihre Wirkung unter impermeabler Bedeckung, also Luftabschluss in zwei deutlichen Phasen, die er *Oberflächen-* und *Tiefenwirkung* nennt. Bei der erstern wird der Eigenschaft der Mutterlauge gemäss, Wasser begierig anzuziehen, den oberen und tieferen Hornhautschichten und dem Papillarkörper Wasser entzogen, wodurch es zu einer Abflachung der tieferen Epithellagen und des Papillarstratums kommt, nach Sättigung der obersten Hornhautschichten jedoch, die dabei aufquellen, dehnt sich die Sättigung auch auf die tieferen Epithellagen aus; durch Diffusion nehmen diese ihrerseits Chlorcalcium auf und wirken somit als selbständiger Herd der Wasserentziehung auf weiter unten liegende Theile ein, d. h. auf die Stachelschicht und damit den Anfang der Lymphbahnen. Somit läge vorläufig nur eine physikalische Wirkung vor, ob auch chemische Wirkungen in Betracht kämen, lässt Verf. unerörtert. Es entspringen somit dieser Wirkungsweise 2 Effecte: Austrocknung der oberflächlichen Schichten der Haut (durch Entziehung von Wasser) und Quellung der tieferen Schichten (durch Resorption des Chlorcalciums und Sättigung desselben mit Wasser).

Therapeutisch verwerthbar werden diese Wirkungen durch: a) einfache Application (unter Verhinderung der Resorption auf kürzere Zeit) und b) durch Application, verbunden mit Einfetten der Haut (als Salbe, was nach Unna den centrifugalen Secretionsstrom hemmt und die Resorption befördert). Es eignen sich somit für die erste Gruppe: kühle Mineralbäder, Mutterlaugenleime und Pasten mit wenig Fettzusatz; für die zweite Gruppe: länger dauernde warme Mineralbäder mit starkem Mutterlaugenzusatz, Umschläge unter impermeabler Bedeckung mit Mutterlauge (rein oder verdünnt), Mutterlaugensalben und Pasten mit starkem Fettzusatz. Ebenso ist auch das pure Chlorcalcium zu verwenden.

Oberflächenwirkung d. h. Erzielung von Trockenheit indiciren: Erytheme, *nässende Eczeme*, impetiginöse Affectionen, *Psoriasis*, *tuberculöse Drüsen*.

Tiefenwirkung d. h. Aufquellung, Erweichung indiciren *pruriginöse* und *keratoide* Eczeme, Ichthyosis, *Sclerodermien*, kurz alle mit *starker Infiltration* oder *Verhärtung der Cutis* einhergehende Dermatonosen.

Die Arbeit ist jedenfalls von hohem Interesse und als Beitrag für die vielfach noch ganz dunkle Wirkungsweise der Medicamente von Bedeutung. Mehrfache Kranken- und Behandlungsgeschichten illustriren deutlich und klar die durchaus logischen Schlüsse und Behauptungen des Verfassers und führen sie in anschaulicher Weise dem Leser vor die Augen. E. K. (Qu.)

Adamkiewicz: Ueber die Nervenkörperchen beim Menschen. (Prz. lek. № 25).

Die Nervenkörperchen sind zellige Bestandtheile der Marknerven, die sich durch die charakteristische Reaction mit Safranin als eigenthümliche Gebilde erweisen. Sie finden sich — soweit Verf.'s Untersuchungen reichen — ausschliesslich beim Menschen und nur vom jugendlichen Alter angefangen. Obwohl diese Nervenkörperchen nur in den doppelt contourirten, dicken Marknervenfasern zu finden sind, so hängt ihre Gegenwart nicht von der Dicke der Nervenfasern ab, wie das am besten am Nervus facialis und acusticus zu sehen ist. Die Nervenkörperchen sind weder ausschliessliche Bestandtheile der motorischen Fasern, noch fehlen dieselben usnahmslos in den sensiblen Nerven. Es ist aber im Allgemeinen

auffallend, dass sie in den motorischen Nervenästen constant grösser und zahlreich sind, in den Sinnesnerven und in den sensiblen Aestchen entweder ganz und gar fehlen oder nur spärlich auftreten. Es folgt daraus, dass für die motorischen Nerven eines erwachsenen Menschen die constante Gegenwart zahlreicher und grosser Nervenkörperchen charakteristisch ist. Sollten die weiteren Untersuchungen diesen Umstand bestätigen und wirklich beweisen, dass die Nerven der Thiere keine ähnlichen Nervenkörperchen besitzen, so wird diese Thatsache von grösster Wichtigkeit sein. Dadurch wird einerseits die Möglichkeit gegeben die menschlichen Nerven zu erkennen, da wir bis jetzt keine histologischen Mittel dazu besitzen, und andererseits wird dadurch der Beweis gegeben, dass gerade im Nervensystem ein histologischer Unterschied zwischen dem Menschen und dem Thiere existirt. Z.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Medicinischer Taschenkalender für das Jahr 1889. Herausgegeb. von den DDr. Jaenicke, Leppmann u. Partsch. Breslau, Verlag von Preuss & Jünger. II. Jahrgang, 199 S. nebst Beiheft 63 S. Preis 2 Mark.

Bereits zum zweiten Mal tritt dieser medicinische Taschenkalender vor die Oeffentlichkeit. Derselbe ist in diesem Jahre noch handlicher und bequemer geworden, da sein Format bei gleicher Stärke und Druckart schmäler gewählt worden ist. Alle Capitel desselben sind sorgfältig revidirt. Eine wesentliche Vergrösserung und Umarbeitung hat das Capitel über die Hülfeleistung bei plötzlichen Zufällen erfahren und neu im Inhalt sind die Anweisung zur Bereitung von medicinischen Bädern und die Angabe der Arzneimittelpreise nach der Taxe. Im Uebrigen enthält auch der II. Jahrgang wieder neben dem Kalendarium und Notizbuch in gedrängter Kürze viele für den praktischen Arzt nöthigen Auskünfte. Beigegeben ist dem Kalender diesmal in einem kleinen Extrahefte die «Diagnostische Semiotik des Harns», welche von Dr. Rosenfeld mit Berücksichtigung der neuesten Errungenschaften auf diesem Gebiete auf 63 kleinen Octavseiten kurz, aber recht instructiv bearbeitet worden ist.

Druck und Ausstattung des Kalenders sind durchaus befriedigend. Bf.

1. Hüppel: Die Rolle der Suggestion bei gewissen Erscheinungen bei Hysterie und Hypnotismus. Jena 1888. Fischer. 72 Seiten.
2. Bernheim: Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Uebers. von Freud. Leipzig und Wien 1888. Deuticke. I. Hälfte.
3. Dessoir: Bibliographie des modernen Hypnotismus. Berlin 1888. C. Duncker. 94 Seiten.
4. A. Freiherr v. Schrenck-Notzing: Ein Beitrag zur therapeutischen Verwerthung des Hypnotismus. Leipzig 1888. Vogel. 94 Seiten. Pr. 2 Mk.
5. Ferd. Maack: Zur Einführung in das Studium des Hypnotismus und thierischen Magnetismus. Berlin und Neuwied 1888. Heuser. 27 Seiten.

1. Dieses kleine Werk giebt ein klares Bild des Wesens des Hypnotismus und der Suggestion, zeichnet sich vor den französischen Publicationen über dieses Thema durch Klarheit und Bestimmtheit aus, beruht durchaus auf eigenen Beobachtungen und sichtet in kritischer Weise die bis zu seinem Erscheinen ausgesprochenen verschiedenen Ansichten; es sei hiermit auf's Dringendste empfohlen.

2. Sehr gute Uebersetzung des Bernheim'schen Werkes.

3. Systematisch geordnetes Verzeichniss von 812 Publicationen über Suggestion und Hypnotismus mit Concordanznummern, was die Benutzung des Schriftchens ungemein erleichtert. Dieses zerfällt in IX Capitel. Zuerst kommen: Vorbemerkungen, Zeitschriftenliste, dann 1) Allgemeines, 2) Zur Medicin, 3) Magnetismus und Hypnotismus (Metallotherapie und Metalloskopie, magnetischer Sinn, Transfert), 4) Zur Physiologie, 5) Zur Psychologie und Pädagogik, 6) Zur Jurisprudenz, 7) Fernwirkung, 8) Moderne Mesmeristen, 9) Verschiedenes. Dann folgen: Nachtrag, Querschnitte (Schule von Nancy, Schule von Paris, zur Simulationsfrage, zur Suggestionsfrage, Praxis des Hypnotismus, Theorie des Hypnotismus), Statistik und Autorenverzeichniss. — Aeusserst wichtiges Werk für das Studium dieser Frage.

4. Münchener Dissertation, auf der v. Ziemssen'schen Klinik, deren Material benutzt wurde, gearbeitet, 20 eigene Fälle. Nach einer Uebersicht über die Entwickelung der hypnotischen Therapie in den verschiedenen Culturländern beschreibt Verf. seine Versuche eingehend und kommt zu dem Schlusse, dass sie die Lehren Bernheim's und Liébeault's in mehrfacher Beziehung ergänzen, dass niemals, wie auch die beiden oben genannten Forscher angeben, Stadien nach Charcot, selbst nach mehrfacher genauer Untersuchung Hysterischer gesehen worden sind; vorgezogen wurde die combinirte Braid-Bernheim'sche Methode (Hypnose *und* Suggestion) wegen der guten Resultate, welche dabei erhalten wurden.

Die Gefahrlosigkeit bei richtiger Anwendung, die zahlreichen guten Resultate, welche durch Hypnose und Suggestion erhalten worden sind, lassen diese als gutes therapeutisches Hülfsmittel erscheinen. Die grossen, einer ausgebreiteteren Anwendung der Hypnose entgegenstehenden Hindernisse gründen besonders in einem, im Publicum und in gewissen Kreisen herrschenden Vorurtheile, gegen welches sich Braid schon vor 40 Jahren mit den Worten wandte: «Unbegrenzter Zweifel ist ebensosehr das Kind der Geistesschwäche, wie unbedingte Leichtgläubigkeit».

5. Recht gut zusammengestellte Compilation des Wissenswerthesten über Hypnose und Suggestion, welche einen raschen Ueberblick über das bisher in dieser Richtung Geleistete gestattet; eigene Untersuchungen scheint der Verf. (Arzt?) nicht gemacht zu haben. Hz.

Vossius: Grundriss der Augenheilkunde. Leipzig und Wien 1888. Deuticke.

Das Buch ist entschieden eines der besten seiner Art; es erfüllt alle Ansprüche, die an ein gutes Lehrbuch gestellt werden müssen und ist nicht nur Studirenden, sondern auch Aerzten und Specialisten bestens zu empfehlen. Die Eintheilung des Stoffes ist eine übersichtliche und consequente, die Bearbeitung der einzelnen Capitel eine gleichmässige und bei Vermeidung unnützer Ausführlichkeit eine sehr vollständige. Sehr zu loben ist es, dass den Verletzungen des Sehorganes ein besonderes Capitel gewidmet ist; dagegen vermissen wir nur ungern die sonst in den Lehrbüchern übliche genauere Unterweisung im Gebrauche des Augenspiegels, und eine Beschreibung der gebräuchlichen Augenspiegel. Sehr gut und zwar besser, als wir es in allen anderen Lehrbüchern gefunden haben, ist das Trachom abgehandelt; der Vf. besitzt bei seiner Thätigkeit in einer trachomreichen Gegend (Königsberg) jedenfalls viel eigene Erfahrung auf diesem Gebiete und berücksichtigt auch in gebührender Weise die einschlägigen Arbeiten der Dorpater Schule, von welcher er freilich in manchen Puncten nicht unerheblich abweicht. Ein weiterer Vorzug des Buches besteht darin, dass überall auf die neueste Literatur Rücksicht genommen wird und die Namen der Autoren dem Texte eingefügt sind. Ein sorgfältig reproducirter Durchschnitt des menschlichen Auges und ein sehr übersichtliches Sachregister sind dem Werke beigegeben. B.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung vom 6. October 1888.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr E. v. Wahl.

Herr Fr. Schultze berichtet über zwei unter seiner Leitung ausgearbeitete Dissertationen. Die erste von Hans Schwartz bringt werthvolle experimentelle Untersuchungen über die Folgen der Schilddrüsenexstirpation beim Hunde, mit besonderer Berücksichtigung der durch den Ausfall der Drüse gesetzten erhöhten elektrischen Erregbarkeit des Nervensystems. Die zweite von A. v. Sass wirft manches neue Licht über die Beziehung der motorischen Ganglienzellen der Medulla spinalis zu den peripheren Nerven.

Herr Openchowski theilt «die Ergebnisse einer Reihe pharmakologischer Untersuchungen mit, welche er zuerst über den kleinen Kreislauf und das rechte Herz angestellt hat» [1].

Es hat sich bei diesen Untersuchungen ergeben, dass der kleine Kreislauf ein ganz abgeschlossenes System bildet, und dass die Agenzien, welche den grossen Kreislauf beeinflussen — den kleinen garnicht tangiren, — oder nur in so weit, als der Zufluss zum rechten Herzen vermehrt oder vermindert wird. Die Herabsetzung des Druckes im grossen Kreislauf durch Curare, Amylnitrit, Chloralhydrat macht sich auf den kleinen Kreislauf nur in minimaler Weise und bei sehr lange dauernden Versuchen geltend — und beruht wohl nur auf Verminderung des Blutzuflusses.

Bei Erhöhung des Blutdruckes durch *Helleboreïn* beobachtet man Anfangs eine Abnahme des Blutdruckes im kleinen Kreislauf, welcher nur dann wieder unbedeutend zunimmt, wenn der Zufluss in das rechte Herz vermehrt wird.

Direct werden weder die Lungengefässe noch das rechte Herz vom *Helleboreïn* beeinflusst. Diese Versuche, sowie auch die mit *Digitaleïn* angestellten leiten den Vortragenden zur Annahme, dass die Digitalisgruppe *nur* auf das *linke Herz* und dessen Gefässsystem einwirkt. Da es vorläufig unwahrscheinlich ist, dass der rechte Muskel gegen Herzgifte ganz immun wäre, so muss man annehmen, dass diese Gifte nur auf die Coronararterie und zwar in der Weise einwirken, dass durch die Contraction der rechten Coronaria das rechte Herz gewissermaassen in seiner angestrengten Thätigkeit gehemmt wird.

Diese Voraussetzung ist auch durch directe Beobachtung des Herzens bestätigt worden. Die linke Coronaria ist gleich nach der Vergiftung stärker gefüllt und breiter, während an der rechten sich nichts Aehnliches bemerken lässt. Das rechte Herz schlägt zweimal schneller als das linke, was vollständig der Zahl der Pulse an den typischen Blutdruckcurven entspricht. Der linke Ventrikel eines ausgeschnittenen Herzens von Thieren, welche durch Helleboreïn oder Digitaleïn vergiftet werden, schlägt 2—3 Mal länger als das normale linke Herz, während der rechte Ventrikel kürzere Zeit schlägt als unter normalen Verhältnissen, wo er in der Regel 2—3 Mal länger schlägt als der linke. Auch wird nur der linke Ventrikel

[1] Die ausführliche Abhandlung mit Protokollen und Curven erscheint nächstens im Archiv für klin. Medicin.

(nach Vergiftung) in Systole gefunden, während der rechte immer schlaff ist. Ecchymosen bilden sich auch nur im linken Ventrikel, was durch vermehrte Blutzufuhr und verhinderten Abfluss in Folge der Muskelcontraction zu erklären wäre.

Indem der Vortragende darauf hinweist, dass seine pharmakologischen Ergebnisse mit den gleichfalls auf experimentellem Wege (von Cohnheim, Samolson, Lukjanow) gewonnenen in Einklang stehen, macht er darauf aufmerksam, dass noch andere, viel complicirtere Ursachen für dieses differente Verhalten der beiden Herzhälften in Betracht kommen könnten (nervöse Vorrichtungen). Die Thatsache, dass die Wirkung der Digitalisgruppe sich nur auf den grossen Kreislauf erstreckt, liefert uns vorläufig die einzig mögliche Erklärung ihrer therapeutischen Leistung. In der That, die Aufhebung der venösen Stauungen vor der Ueberfüllung des kleinen Kreislaufes ist nur dann erklärlich, wenn das linke Herz *allein* den Ueberschuss an Blut aus dem kleinen Kreislauf fortschafft. Würden die betreffenden Mittel auf beide Herzhälften in proportionaler Weise einwirken, so würden die Verhältnisse dieselben bleiben wie vorher. Trotz absoluter Steigerung der Arbeit wäre es unmöglich mehr Blut aus dem kleinen Kreislauf in den grossen überzuführen. Die schnelle, aber nicht vermehrte Arbeit des rechten Ventrikels ist offenbar nur als regulatorisches Moment anzusehen. In den Fällen, wo Digitalis garnicht wirkt, oder sogar die Symptome verschlimmert (z. B. bei Stenose der Mitralis), dürfte als Ursache wohl eher die Erkrankung der regulatorischen Vorrichtungen, als die Erkrankung des Herzmuskels selbst in Betracht kommen.

Herr E. Stadelmann: «Ueber das Coma diabeticum».

Vortragender giebt einen Ueberblick über seine eigenen und die an dieselben sich anschliessenden fremden Untersuchungen, welche eine neue Erklärung des Coma diabeticum begründen. St. fand vor einigen Jahren in gewissen Fällen von Diabetes mellitus grosse Mengen einer neuen, bisher unbekannten Säure auf, die er als Crotonsäure bestimmte, welche aber nur das Zersetzungsproduct der ursprünglich vorhandenen Oxybuttersäure ist. Diese Oxybuttersäure findet sich in manchen Fällen von Diabetes mellitus in ganz colossalen Mengen im Harne, 60—80 Grm. und mehr wurden in 24 Stunden durch denselben ausgeschieden. St. fasst das Coma diabeticum als Säureintoxication auf und hat in verschiedenen Publicationen einmal auf die Aehnlichkeit des Symptomencomplexes der Säureintoxication, wie wir sie experimentell bei Herbivoren erzeugen können und des Coma diabeticum hingewiesen, andererseits auch eine entsprechende eigenthümliche Behandlung dieses Coma mehrfach warm empfohlen. Nach ihm sollen bei Coma diabeticum intravenöse Injectionen von 3—4% Sodalösung in 0,6% Kochsalzlösung gemacht werden. Die bisherigen Fälle, welche nach diesem Vorschlage behandelt wurden, haben keine vollkommen befriedigenden Resultate, mit einer einzigen Ausnahme, ergeben. In diesem Falle wurde die betreffende Pat. durch die Einfuhr des kohlensauren Natron aus dem Coma gerettet. St. weist darauf hin, dass diese Injectionen nur Werth haben können, wenn sie sehr frühzeitig und sehr ausgiebig gemacht werden (2 Liter und mehr). Denn in allen jenen Fällen gelang es nicht, den Harn trotz der Zufuhr von 30—50—100 Grm. kohlens. Natron alkalisch zu machen. Der mit dem Catheter aus der Blase entnommene Harn reagirte selbst 12 Stunden nach diesen ausgiebigen Injectionen noch deutlich und stark sauer. Hat man zu lange mit den Injectionen gewartet, so haben sich in dem Centralnervensystem schon irreparable Veränderungen ausgebildet. Immerhin giebt St. zu, dass die bisherigen Erfolge seinen Erwartungen nicht ganz entsprochen haben und wiederholt seinen schon am anderen Orte gemachten Vorschlag, lieber das Coma diabeticum zu vermeiden, indem man derartige Kranke von Zeit zu Zeit mit grösseren Dosen von Alkalien behandelt. Am meisten empfehlen sich folgende Saturationen:

1) Acid. citric. 8,0,
Natr. carbon. 18,0,
Saccharini 0,1,
Aqu. destill. oder
Aqu. carbon. 150,0,
Spirit. Menth. piper. gutt. III.
2—3 Mal in 24 St. zu verbrauchen.

2) Natr. acet. 10,0,
Aqu. carbon. 90,0,
Saccharini 0,1,
Essentiae citri 2,5.
3—4 Mal in 24 Stunden obige Portion zu verbrauchen.

3) Natr. tartar. 30,0,
Aqu. carbonic. 200 - 300,0,
Saccharini 0,3,
Essent. citr. 5,0.
1—2—3 Mal in 24 Stunden obige Portion zu verbrauchen.

Diese Saturationen können beliebig mit Wasser oder noch besser mit Sodawasser verdünnt werden. St. hat viele Wochen hindurch seine Pat. obige Medicamente mit befriedigendem Erfolge brauchen lassen. Der Nutzen des Karlsbader Wassers ist wohl zum grossen Theile auf ähnliche Wirkungen der in demselben enthaltenen Alkalien zurückzuführen. Sehr auffallend ist auch die Uebereinstimmung der Blutgasanalysen zwischen mit Säuren vergifteten Thieren und den an Coma diabeticum erkrankten Menschen, die Minkowski ausgeführt hat. Z. B. enthält das Blut der normalen Kaninchen 25% CO_2, bei einer Säureintoxication mittleren Grades 16,4% CO_2, bei einer hohen Grades 8,8—2,9% CO_2. Das arterielle Blut eines Diabetikers enthielt vor dem Coma 17,0% CO_2, während des Coma aber nur 3,34% CO_2. Ein anderer Patient, der sich in einem comatösen Zustande aus anderen Gründen befand (Meningitis), hatte in seinem Blute 28,2% CO_2. St. glaubt schliesslich nicht dringend genug die präventive Alkalibehandlung derartiger Diabetiker eventuell die intravenöse Injection derselben unter obigen Voraussetzungen beim eingetretenen Coma empfehlen zu können, umsomehr, als jede anderweitige Behandlung dieses verhängnissvollen Zustandes bis jetzt aussichtslos war.

Eingesandt.

Auf ein freundliches Interesse rechnend, theile ich den Herren Collegen, welche die während des Congresses stattfindende Ausstellung zu besuchen die Absicht haben, mit einigen Worten die Methode der Herstellung der von mir auszustellenden orthopädischen Apparate mit. Meine Absicht geht dahin, dem Gutachten der hochverehrten Collegen eine Methode zu unterbreiten, abnehmbare Verbände nach Modellen anzufertigen, indem der behandelnde Arzt, zum grössten Theil emancipirt vom Techniker, den einzelnen Fall zu individualisiren im Stande ist. Besonders habe ich die verschiedenen Leiden der Wirbelsäule im Auge. Ich erlaube mir darum verschiedene Stadien der Arbeiten und das Rohmaterial selbst vorzulegen.

Zunächst handelt es sich um das anzufertigende Gypsmodell, entweder des Thorax, wenn es sich um Deviation der Wirbelsäule handelt, — der Nacken-, Hals- und Hinterhauptgegend, im Falle von Spondylitis cervicalis, oder der Extremitäten. Zu diesem Zwecke wird eine Form, ein Negativ hergestellt, indem die betreffende Körperregion entweder (Thorax) in eine Doppelschicht von in Gypsbrei getränkter Marly eingeschlagen wird, welche in wenigen Minuten erstarrt, oder der in seiner Form complicirtere Körpertheil so lange glatt mit in Gypsbrei getränkten kleinen Läppchen belegt, bis die starre Hülle gebildet ist. Letztere wird durch einen Längsschnitt aufgeschnitten und bildet die Form, welche, von innen geölt und mit Gypsmasse ausgegossen das Gypsmodell der Körperregion vermittelt. Letzteres wird vom Filzmacher mit der besten Qualität Castorfilz versehen, indem er diesen auf das Modell in nassem Zustande aufzieht. Der überaus plastische Filz legt sich, wie die diesem Stadium der Arbeit entsprechenden Modelle das zeigen, bis in's genaueste Detail den Formen des Gypsmodelles an. Der gut auf dem Modelle ausgetrocknete Filz wird nun mittelst Längsschnittes aufgeschnitten, abgelöst und mittelst einer erwärmten spirituösen Schellaklösung von der inneren Seite her so lange getränkt, bis er vollkommen gesättigt ist. Die Tränkung wird vorsichtig durch Aufpinseln und Streichen vom Dienstpersonale vorgenommen, damit das Filzstück nicht die Form verliere. Dann wird dasselbe wieder auf das Gypsmodell gespannt und stark gegen dasselbe angeschmiegt. In etwa 3 Tagen ist der getränkte Filz trocken und kann, vom Modell entfernt, mit Riemen und Schnallen versehen werden. Auf diese Weise gelingt es für ein Stadium der orthopädischen Leiden, in welchem die Abnehmbarkeit der Verbände ein unbedingtes Postulat ist, sehr dauerhafte Apparate herzustellen.

Ein kleiner Apparat mit elastischen Zügen, den ich bisher weder beschrieben noch demonstrirt habe, bezieht sich auf ein Stadium bei Pes varus, wo es wünschenswerth erscheint, durch Fixation des Fusses einem Recidive der perversen Stellung vorzubeugen, nachdem eine Zeitlang vorher die Correctur mit den bekannten Heftpflaster-Sohlenverbänden stattgefunden hatte.

Es ist erforderlich, wenn es sich um die Wirbelsäule handelt, die für die Anfertigung der Gypsmodelle zweckmässigste Lage des in Suspension gebrachten Rückens zu gewinnen, ausserdem in Fällen von Scoliose am Modelle, so lange dasselbe noch frisch ist, Veränderungen vorzunehmen, durch welche der anzufertigende Apparat in den Stand gesetzt wird, orthopädisch zu wirken. In Bezug auf die Haltungen der Wirbelsäule, wo sie zum Zwecke der Immobilisation durch Suspension gewonnen werden sollen, und wie sie sich für eine Fixirung am meisten eignen, muss ich auf meine demnächst im Langenbeck'schen Archive erscheinende Arbeit über Haltungen der Wirbelsäule und das Verhalten derselben in Suspension, in Bezug auf das Genauere der Technik auf die in diesen Tagen erscheinende Arbeit von Dr. N. Huhn (Труды Общества дѣтскихъ врачей) verweisen.

Bezüglich dieser letzteren Frage veranschaulichen einige Gypsmodelle und Photographien die Veränderung, welche der Schwebehang am Profile des Rückens meist hervorzurufen pflegt. Die in der Mitte zersägten Modelle des Rückens sind so zusammengestellt, dass die eine Hälfte der Aufnahme in freier Haltung, die andere der in Suspension entspricht. Letztere Modelle sind geeignet, eine Haltung der Wirbelsäule zu veranschaulichen, wie sie mittelst Suspension durch Entwickelung der compensatorischen Krümmungen für das Abmodelliren geeignet ist.

Es dürfte hier nur von Interesse sein über die Technik mit einigen Worten berichtet zu haben. Mit Vergnügen stehe ich für einen Einblick in die Einzelheiten der Arbeit im Hospitale während des Congresses zur Disposition. Dr. E. Anders,
Ordinator des Elisabeth-Kinderhospitals.

Vermischtes.

— In der letzten Sitzung des Conseils der Dorpater Universität ist zum Nachfolger Prof. Rosenberg's auf dem Lehrstuhl der vergleichenden Anatomie, Embryologie und Histologie in Dorpat der Privatdocent der Universität Göttingen, Dr. Johannes Brock,

und zwar in der Eigenschaft eines ordentlichen Professors gewählt worden. Wie die «N. Dörptsche Ztg.» erfährt, ist B. in Berlin geboren, gegen 37 Jahre alt und im Jahre 1874 daselbst zum Dr. med. promovirt worden. Nachdem er hierauf in Würzburg bei Prof. Kölliker und in Heidelberg bei Prof. Gegenbauer mit der mikroskopischen Anatomie und Embryologie sich beschäftigt, war er 5 Jahre hindurch Assistent und später Privatdocent für Zoologie und vergleichende Anatomie in Erlangen. Im Jahre 1881 siedelte B. als Privatdocent nach Göttingen über, wo er noch gegenwärtig diese Stellung inne hat.

— Am 1. Februar 1889 begeht der Professor der physiologischen Chemie an der Universität Kasan, wirklicher Staatsrath Dr. A. Schtscherbakow, das *25-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit.*

— Am 18. December beging die hiesige *militär-medicinische Academie* ihren *82. Jahrestag* mit einem feierlichen Akt. Die Festrede hielt diesmal der Professor der Hygiene Dr. Dobrosslawin und zwar über «*die Theorie der Ernährung des Menschen vom staatsöconomischen Gesichtspuncte*». In derselben theilte Redner unter Anderem mit, dass auf die Initiative des Kriegsministers gegenwärtig im Militärgefängniss Untersuchungen über den Nährwerth der verschiedenen Theile des Schlachtviehes, sowie über die Ernährung des Menschen überhaupt angestellt werden, wobei als Versuchsobjecte die Insassen des Gefängnisses dienen.

Hierauf verlas der gelehrte Secretär der Academie, Prof. Paschutin, den Rechenschaftsbericht über das verflossene Lehrjahr 1887/88, aus dem wir nachstehend einige Daten wiedergeben. Die Zahl der ordentlichen Professoren betrug 20 (darunter 4 mit dem Titel «Academiker»), die der ausserordentlichen 5 und die der Privatdocenten 33. Ausserhalb der Academie hielten 8 Privatdocenten Vorlesungen. Zu Beginn des Lehrjahres gehörten der Academie 771 Studirende an, neu aufgenommen wurden 171. *Die Gesammtzahl der Studirenden* betrug mit den freien Zuhörern 947. Im Laufe des Jahres schieden aus der Zahl der Studirenden 201 aus und zwar 134 nach Absolvirung des Cursus, 69 aus verschiedenen anderen Gründen und 5 starben.

Medicinische Würden und Grade wurden von der Academie zuerkannt: Die Würde eines Accoucheurs 3 Personen, die Würde eines Kreisarztes 2 Personen, der Grad eines Doctors 64 Personen, eines Arztes 137 Personen und die Würde einer Hebamme 222 Personen.

— Die ausserordentlichen Professoren der Kasanschen Universität, Staatsräthe Gay (Syphilidolog) und Skalosubow (Neurolog), sind *zu ordentlichen Professoren dieser Universität ernannt worden.*

— In Nowgorod hat sich der Divisionsarzt Dr. Sedderholm, 65 Jahre alt, welcher an Nierensteinen leidet, in einem Anfall von unerträglichen Schmerzen *zwei gefährliche Bauchwunden beigebracht.* (Ssyn Otetschestwa. — Wr.)

— Wie der «Odesski Westnik» erfährt, hat Dr. Kubassow am 29. November der Gesellschaft der Militärärzte in Moskau die Mittheilung gemacht, dass es ihm gelungen sei, den *Krebsbacillus* zu isoliren und zu züchten und durch Impfung mit Reinculturen desselben bei Kaninchen krebsige Neubildungen hervorzubringen. (Wr.)

— *Verstorben*: 1) Am 15. December in St. Petersburg der Privatdocent für Chirurgie an der militär-medicinischen Academie und älterer Arzt der chirurgischen Abtheilung des Marienhospitals, Dr. A. Bjelsow. 2) In St. Petersburg am 13. December der Arzt J. Leontjew. 3) In Peresslawl (Gouv. Wladimir) der älteste Kreisarzt des Gouvernements, Staatsrath Boshko. 4) Im Kirchdorf Schapowalowka (Kreis Borsna, Gouv. Tschernigow) der noch junge Landschaftsarzt Th. Ssolodki am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Ausübung seiner Dienstpflichten inficirt hatte. 5) In Pawlowsk (Gouv. Woronesh) der dortige Kreisarzt Bjelewzow. 6) In Ems der dortige Badearzt, Geheimer Sanitätsrath Dr. Orth im 77. Lebensjahre.

— *Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-Hospitälern St. Petersburgs* betrug am 11. December d. J. 5991 (97 mehr als in der Vorwoche), darunter 287 Typhus- (22 mehr), 554 Syphilis- (21 mehr), 101 Scharlach- (1 mehr), 8 Diphtherie- (1 weniger), 4 Masern- (1 mehr) und 5 Pockenkranke (3 weniger als in der Vorwoche).

— Am *18. December* d. J. betrug die *Gesammtzahl der Kranken* 6018 (27 mehr als in der Vorwoche), darunter 293 Typhus- (6 mehr), 552 Syphilis- (2 weniger), 110 Scharlach- (9 mehr), 14 Diphtherie- (6 mehr), 2 Masern- (2 weniger als in der Vorwoche) und 5 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

— Der verstorbene Königsberger Professor Hirsch hat der Königsberger Universität ein Capital vermacht, dessen Zinsen jährlich abwechselnd zu einem Reisestipendium für einen jungen Königsberger Arzt und zur Unterstützung von klinischen Prakticanten mit Handbüchern, Mikroskopen u. s. w. verwendet werden soll.

— Im nächsten Jahre wird im Verlage von *Leopold Voss* in Hamburg eine neue medicinische Zeitschrift unter dem Titel «*Internationales Centralblatt für die Physiologie und Pathologie des Urogenitalsystems*» erscheinen. Die Redaction desselben haben die Professoren Preyer und Zuelzer in Berlin übernommen.

— Der nächste *Cyclus der Berliner Feriencurse für praktische Aerzte* beginnt am 11. März und wird bis Mitte April 1889 dauern. Schriftliche Auskünfte ertheilt der Büreaubeamte Anders, Berlin, Dorotheenstrasse 33. I.

— In mehreren Fabriken Bostons, besonders in denen Gummi verarbeitet wird, machte man die Beobachtung, dass viele Arbeiterinnen am Abend hochrothe geschwollene Gesichter und Unsicherheit des Ganges zeigten. Es erwies sich, dass dieselben sich Schlüssel zu den Ventilen der luftdicht verschlossenen Behälter, in welchen Naphtha aufbewahrt wird, verschafft hatten und dieses Gas täglich einathmeten, welches sie in einen Zustand seligen Vergessens versetzte und Trugbilder von Reichthum, Glanz u. s. w. vor ihre erhitzten Sinne zauberte. Natürlich wurden gleich nach Entdeckung der Ursache die nöthigen Sicherheitsmaassregeln getroffen, jedoch sollen mehrere der älteren, gewohnheitsmässigen Naphthasüchtigen jetzt schwerkrank darnieder liegen. Man hat zu weniger schweren Berauschungsmitteln greifen müssen, um die Leidenden allmälig von der Berauschung zu entwöhnen und zur Nüchternheit zurückzuführen.

— Dr. Waibel berichtet in der «Münch. med. Wochenschr.» (48) über einen interessanten Fall von Lungentuberculose, welcher durch ein Gesichtserysipel geheilt worden. Ein 33jähriger, hereditär belasteter (Vater und Mutter gest. an Lungentuberculose) Hausknecht erkrankte mit den charakteristischen Symptomen der Lungentuberculose (leider fehlt die Untersuchung auf Tuberkelbacillen). Nachdem die Symptome im Laufe der nächsten 5 Wochen sichtlich zugenommen, bekam der Kranke plötzlich ein Gesichtserysipel, welches mit einem Schlage eine Aenderung im Zustande des Pat. bewirkte. Das Fieber, der Husten, die Nachtschweisse schwanden, der Appetit kehrte wieder, das Körpergewicht nahm zu, sodass derselbe seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Vf. hat ihn nach einem Jahr wieder untersucht und ausser einer geringen Dämpfung in der Suprascapulargegend und etwas unbestimmtem Athmen RHO nichts Abnormes gefunden.

— Dr. Nolte (Allg. med. Centr.-Ztg. № 100) wendet bei Erysipelas seit Jahren mit sehr gutem Erfolge *Mucilago gummi arabici, dem Carbolsäure zugesetzt* ist, an. Er lässt die afficirten Stellen und einige Centimeter darüber hinaus 2 Mal täglich mit 3—5procentigem Carbolgummischleime pinseln und diesen dann trocknen. Bf.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 11. bis. 17. Dec. 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
272	209	481	101	31	60	13	8	14	45	52	35	47	40	27	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 1, Scharlach 12, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 82, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 38.

Mortalität einiger Hauptstädte Europas.

Name	Einwohnerzahl	Woche (Neuer Styl)	Lebendgeboren Summa	Lebendgeboren Auf 1000 Einw.	Todtgeborene	Gestorben Summa	Gestorben Auf 1000 Einwohn.
London . .	4 282 921	2.—8. Dec.	2644	32,4	—	1461	17,9
Paris . . .	2 260 945	2.—8. Dec.	1046	24,0	96	942	21,7
Brüssel . .	181 270	25 Nov.—1 Dec.	78	22,4	9	89	25,5
Stockholm .	221 549	25 Nov.—1 Dec.	129	30,3	7	79	18,9
Kopenhagen	300 000	5.—11. Dec.	190	32,9	7	113	19,6
Berlin . . .	1 414 980	2.—8. Dec.	921	33,8	28	503	18,5
Wien . . .	800 889	2.—8. Dec.	567	36,6	20	375	24,3
Pest . . .	442 787	25 Nov.—1 Dec.	278	32,4	25	236	27,7
Warschau .	444 814	2.—8. Dec.	308	35,9	11	222	25,9
Odessa . . .	268 000	2.—8. Dec.	—	—	6	96	18,6
St. Petersburg	861 303	9— 15 Dec.	465	28,1	20	424	25,7

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 23 Januar 1889.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 17. Januar 1889.

ANZEIGE DER REDACTION.

Mit dem 1. December a. c. hat unsere Geschäftsverbindung mit Herrn Friedrich Petrick aufgehört und wird die **ausschliessliche Annahme aller Annoncen** von jetzt ab in der **Buchhandlung** des Herrn **Carl Ricker**, Newsky-Prospect № 14, stattfinden.

Дозв. ценз. Спб. 23. Декабря 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типорафія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 7 JULI 1888

Allgemeine Literatur, Geschichte, Journale, Sammelwerke.

Arbeiten der physiko-medicinischen Gesellschaft in Saratow. — Saratow 1887.

Bogazky: Das Hospital der praktischen Aerzte in der Stadt Poltawa. Bericht für das erste Jahr seines Bestehens. — Poltawa 1888.

N. Mentin: Bericht der städtischen executiven Krankenhauscommission für das Jahr 1886. — St. Petersburg 1888.

W. K. Towstizky, *S. N. Karamanenko*, *P. E. Wostrikow*, *P. P. Diatroptow*, *N. A. Tschassownikow*, *F. N. Wiranowsky* und *M. S. Uwarow*: Die Landschaftsmedicin des Chersson'schen Gouvernements. — Chersson 1888.

Anatomie, Physiologie, Entwicklungsgeschichte, Vergleichende Anatomie, Missbildungen etc.

K. Danilewski: Untersuchungen über die elektrische Reizung. Dissert. — Charkow 1888.

P. D. Kuwschinsky: Ueber den Einfluss von Nahrungsmitteln und Medicamenten auf die Secretion des Pankreassaftes. Dissert. — St. Petersburg 1888.

F. S. Tekutjew: Beobachtungen bei Lackirung der gesammten Haut Gesunder. Dissert. — St. Petersburg 1888.

M. D. Tschausow: Topographische Anatomie des menschlichen Beckens. 2. Lief. — Warschau 1888.

Medicinische Chemie, Physik, Botanik etc. (Pilzlehre, Parasiten.)

A. W. Alexejew: Ueber die Assimilation des Stickstoffs der Nahrungsmittel bei Kefirgebrauch. Dissert. — St. Petersburg 1888.

P. M. Argutinsky-Dolgorukow: Ueber die Kjehdahl-Wilfarth'sche Methode der Stickstoffbestimmung in organischen Verbindungen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

W. J. Danilewsky: Untersuchungen im Gebiete der vergleichenden Parasitologie des Blutes. I. Die Zooparasiten des Blutes bei Vögeln. — Charkow 1888.

N. W. Markow: Ueber Stickstoffmetamorphose der Gesunden bei absoluter Milchdiät. Dissert. — St. Petersburg 1888.

J. Martinson: Ueber das Vorkommen von Pneumomikroben in den parenchymatösen Organen bei fibrinöser Pneumonie. Dissert. — St. Petersburg 1888.

N. J. Ratschinsky: Zur Frage der Mikroorganismen des Verdauungstractus. Dissert. — St. Petersburg 1888.

L. W. Besser: Die Mikroben der Pyämie. (Wr. № 19 sq.). Ref. folgt.

Derselbe: Die Mikroben der Septhämie. (Ibid. № 20). Ref. folgt.

W. Th. Buschujew: Beiträge zur Vergleichung des Werthes der Methoden zur Abscheidung von nicht vollständig oxydirten Stoffen aus dem Harn. (Ibid. № 19).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

J. J. Abramowicz: Material zur Frage des Stickstoffwechsels bei croupöser Pneumonie. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. W. Budagowsky: Zur Frage der Ausgabe durch Haut und Lungen bei Wassersüchtigen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

L. S. Chadski: Zur Frage des Stickstoffumsatzes in qualitativer und quantitativer Beziehung bei Typhösen und des Assimilationsvermögens dieser an Stickstoff aus der Nahrung. Dissert. — St. Petersburg 1888.

K. G. Daschkewitsch: Material zur Bestimmung des Stickstoffumsatzes bei Herzkranken in der Periode der Compensationsstörungen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. Ch. Grigorjew: Beiträge zur Bestimmung der Stickstoffmetamorphose in qualitativer und quantitativer Hinsicht bei Nierenkrankheiten. Dissert. — St. Petersburg 1888.

P. A. Jappa: Zur Frage der Degeneration der peripheren Nerven bei Tuberculose. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. W. Jelissejew: Zur Frage der Schwanzbildung beim Menschen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

K. J. Koljago: Zur pathologischen Anatomie des Kehlkopfes bei Abdominaltyphus. Diss. — St. Petersb. 1888.

W. A. Krylow: Ueber die Aetiologie acuter Eiterungen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. M. Lewin: Beitrag zur Pathologie des Vagus. Diss. — St. Petersburg 1888.

N. A. Protassow: Ueber den Unterschied traumatischer Extravasate beim Lebenden und nach dem Tode. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. J. Wassiljew: Die pathologischen Veränderungen der Hypophysis cerebri im Zusammenhange mit den Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute. Dissert. — St. Petersburg 1888.

N. S. Ippa: Zur Frage über die Veränderungen der Arterien bei Phthisikern. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 20). Ref. folgt.

Innere Medicin.

A. J. Butkewitsch: Ueber die Blutdruckschwankungen bei Phthisikern bei verschiedener Temperatur und unter Einfluss von warmen Bädern. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. A. Dwukrajew: Zur Frage der Behandlung Chlorotischer mit defibrinirtem Blute. Dissert. — St. Petersb. 1888.

J. Posslawski: Zur Diagnose der Tuberculose der Lungen und Behandlung derselben mit Kreosot. Dissert. — St. Petersburg 1888.

D. Sokolow: Zur Frage der Aetiologie der exsudativen Pleuritiden. Experimentell-klinische Untersuchung. Dissertat. — St. Petersburg 1888.

J. Treuberg: Zur Diagnostik und Therapie der Pancreascysten. Dissert. — Charkow 1888.

N. A. Buchalow: Borsäure bei Febris intermittens. (Wr. № 18). Borsäure, 20—25 Gran pro dosi 1—2 Mal täglich, hat Verf. statt Chinin nicht selten mit gutem Erfolge angewandt.

Golynz: Die Mortalität bei croupöser Pneumonie in St. Petersburg bezüglich ihrer Abhängigkeit vom Alter der Bevölkerung für die Jahre 1881—86. (Wr. № 22 sq.). Ref. folgt.

A. O. Grammatschikow: Die Bedeutung der Albuminurie bei acuten Infectionskrankheiten. (Wr. № 18 und 19). Ref. folgt.

N. E. Kuschew: Ein Fall von Actinomycose der Lungen und der Pleura, aus dem Sputum im Leben diagnosticirt. (Ibidem № 19).

M. D. Laptschinsky: Zur Diagnose der acuten Miliartuberculose, nebst Beschreibung von 2 Fällen. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau. I, 1).

F. J. Pasternazky: Ueber den Einfluss der jetzigen fieberherabsetzenden Behandlungsweise auf die Häufigkeit

der Rückfälle beim Abdominaltyphus. (Wr. № 22 sq.). Ref. folgt.

Tschaikowski: Ueber den infectiösen Ursprung der primären acuten Angina catarrhalis. (Med. Obsr. № 11).

A. F. Wiegandt u. *N. P. Skworzow*: Ein Fall von acuter gelber Leberatrophie. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau I, 1).

A. F. Wiegandt: Ein Fall von lobärer käsiger Pneumonie [in Folge gemischter Infection durch tuberculöse Bacillen und Mikrokokken]. (Ibidem).

W. Wyssokowitsch: Ueber die Ursachen der Immunität. (Wr. № 22). Ref. folgt.

Chirurgie.

N. Morosow: Ein Fall von conservativ-exspectativer Behandlung complicirter Verletzungen grosser Gelenke. — Kowno 1887.

J. A. Jefremowski: Einige Worte über die Radicaloperation der Bauchhernien. (Med. Ber. des Ujäsdow'schen Mil. Hosp. in Warschau I, 1).

L. W. Orlow: Ueber Osteome in den Adductoren bei Cavalleristen. [Billroth's Reiterknochen]. (Wr. № 20 u. 21).

Solotawin: Penetrirende Bauchwunde mit gleichzeitiger Verletzung des Darmes. (Med. Obsr. № 11).

Terkowski: Laparotomie bei unwegsamem Darm. (Ibid.).

Venerische Krankheiten. Prostitution.

K. M. Popow: Ueber Syphilis der Lungen. Dissertat. — St. Peterburg 1888.

K. L. Ssirsky: Die Behandlung der Syphilis mit Injectionen von in Wasser unlöslichen Quecksilberpräparaten. — St. Petersburg 1888.

B. M. Tarnowski: Prostitution und Abolitionismus. — — St. Petersburg 1888.

J. G. Tschernjawski: Ein Fall von syphil. Ekthyma des Gesichts, geheilt durch Zittmann'sches Decoct. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau I, 1).

Kinder-Krankheiten und Hygiene.

J. W. Troizky: Vorlesungen über die Krankheiten des kindlichen Alters. 2. Lieferung: Die Krankheiten der Verdauungsorgane. — Kiew 1888.

M. D. van Puteren: Ueber die Mikroorganismen im Magen der Brustkinder. (Wr. № 21 und 22). Ref. folgt.

Augen- und Ohrenkrankheiten.

P. Gordejew: Handbuch der Veterinär-Ophthalmologie von Fr. Blazekovic. Russische Uebersetzung. — Charkow 1887.

E. E. Makowezky: Zur Frage der Eiteransammlungen in den Fallopischen Tuben. Dissert. — St. Petersb. 1888.

E. Turewitsch: Ueber den Einfluss des Cocains auf die Resorption. Dissert. — St. Petersburg 1888.

W. L. Antokonenko: Ein Fall von Dermoid-Geschwulst der Hornhaut. (Westn. Oft. Chod. Jan.—Febr.).

Denotkin: Zur Dilatatorectomie bei Cataracta zonularis. (Westn. Oft. Chod. Jan.—Febr.). D. empfiehlt das Herausschneiden eines kleinen Stückes aus der Iris zwischen ihrer Basis und dem Sphincter. Letzterer soll erhalten bleiben. Zur besseren Ausführung der Operation ist es nothwendig das Kammerwasser nach dem Lanzenschnitt durch schnelles Herausziehen der Lanze nicht abfliessen zu lassen.

W. J. Dolshenkow: Ein Fall von Petrificatio carunculae lacrymalis hypertrophicae totalis oculi dextri. (Westn. Oft. Chod. Jan.-Febr.). Träger der Geschwulst war ein 23-jähr. Bauer. Die entfernte Geschwulst hatte nach Entkleidung von Conjunctiva eine prismatische Gestalt. Höhe 6 Mm., Breite in der Verticalen 12 Mm., in der Horizontalen 9 Mm.

J. S. Felser: Irideremia congenita completa bilateralis. (Westn. Oft. Chod. Mai—Juni).

J. G. Gene (*Hene?*): Ein Fall von apoplektischer Neuroretinitis bedingt durch syphilit. Erkrankung der Gehirnhäute. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau I, 1).

J. N. Kazaurow: Einige Beobachtungen über die Anwendung des Creolins in der Augenheilkunde. (Westn. Oft. Chod. Mai—Juni). Ref. folgt.

G. Kuritsin: Ein Fall von theilweiser Hornhautnekrose in Folge starker Kälte. Pat. hatte bei starker Kälte und heftigem Schneetreiben 9 Stunden lang in der Steppe gegen den Wind fahren müssen. Auf beiden Hornhäuten symmetrisch entsprechend der Lidspalte tiefe Geschwüre bei geringer allgemeiner Reizung. Pat. hatte nie an den Augen gelitten. Die Defecte heilten gut aus. (Westn. Oft. Chod. Mai-Juni).

J. A. Lewitzki: Zur Operation des Entropiums nach der Methode Watson-Junge. (Westn. Oft. Chod. Mai—Juni).

L. W. Orlow: Beitrag zum klinischen Verhalten und zur pathologischen Anatomie intraorbitaler Geschwülste. (Wr. № 18, 20 und 21). Klinische und mikroskopische Beschreibung von 4 Orbitalgeschwülsten (1 Cancroid, 1 Melanosarcom und 1 Cyste der Orbita, ein Fibrosarcom des N. optic.), an die Verf. histor.-kritische Bemerkungen anknüpft.

A. J. Peunow: Zur operativen Behandlung des Trachoms. (Westn. Oft. Chod. Jan.-Febr.). P. tritt für das Auskratzen der Trachomkörner mit einem scharfen Löffelchen ein.

J. Prshibilski: Einige Fälle von Haarigsein des Pupillarrandes der Iris. (Ibidem März—April).

G. P. Rodionow: Zur Frage der Einschränkung der Blindenzahl in Russland. (Ibidem).

W. Rodsewitsch: Bericht über ein zweites Hundert Extractionen. 4% Operationen ohne Erfolg. Keine Panophthalmitis. (Ibidem Mai—Juni).

K. O. Rumschewitsch: Zur Kenntniss der Ophthalmoplegie. (Ibidem). Eine klinisch-statistische Zusammenstellung von 117 aus der Literatur gesammelter Fälle, sowie zwei eigener.

J. Strescheminski: Correctopia bilateralis. (Ibidem Jan.—Febr.).

A. Tepljaschin: Kurzer Bericht über die Augenerkrankungen im Glasow'schen Landschaftshospital vom 1. November 1885 bis zum 1. Januar 1888. 4289 Patienten, darunter 1024 stationäre Patienten. Hornhauterkrankungen 54%. Linsenerkrankungen 2,7%. Sehnerv und Retina 1,6% Uvealtractus 2,2%. Sclera 7 Patienten. Glaucoma 2,3%. Verletzungen 4%. Liderkrankungen 32%. Conjunctivalerkrankungen 39,3%. Thränenableitungsapparat 1,8%. Muskel und Nerven 24 Patienten. Orbita 2 Patienten. Refractions- und Accomodationsanomalien ausser wenigen Presbyopen nicht vertreten. Operationen: Extractionen 76, mit 1 Verlust; Iridectomien 176. Entropium und Trichiasisoperationen 1242. In Summa wurden 1542 Operationen ausgeführt, hauptsächlich vermittelst der Thermocauterisation mit dem Paquelin und Anlegung Gaillard'scher Nähte. (Ibidem Mai—Juni).

P. J. Wadasinski: Die chirurgische Behandlung des Trachoms. (Ibidem März—April). W. empfiehlt aufs Wärmste die Ausquetschung der Trachomkörner.

Geburtshülfe, Gynäkologie.

W. A. Petrow: Zur Frage der radicalen chirurgischen Heilung des Uteruskrebses. Eine historisch-statistische Untersuchung. Dissert. — St. Petersburg 1888.

G. Runge: Zur Lehre von der Beckenform des erwachsenen Weibes. Das Becken der Russin. Dissert. — St. Petersburg 1888.

E. F. Tschernewsky: Zur Frage der Wochenbetterkrankungen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. J. Zamschin: Zur Frage des Kaiserschnittes bei relativer Indication. Dissert. — St. Petersburg 1888.

M. P. Grabowskaja: Zur Frage der Fieberursachen bei Hämatocolpos. (Wr. № 21).

J. J. Grammatikati: Fünf Fälle von Ovariotomie. (Ibid. № 19 und 20). Ref. folgt.

Küster: Tödtliche atonische Blutung nach der Geburt. (Med. Obsr. № 11).

Lwow: Ueber die Nothwendigkeit den Nabelschnurrest mit trockenen Desinficientien zu verbinden. (Ibid.).

E. L. Maisel: Die Behandlung der parenchymatösen Mastitis und Phlegmone mammae mittelst weissen Bildhauerthons. (Wr. № 21). Ref. folgt.

Michailowa: Ein Fall von gefahrdrohender Blutung 17 Tage nach der Geburt. (Med. Obsr. № 11).

Muraschko: Ein Fall von Physometra. (Ibidem).

W. W. Sutugin: Zur Frage der relativen Indication für den Kaiserschnitt. (Wr. № 18 und 19). Klinische Beschreibung einer glücklich ausgeführten Sectio caesarea. In der Einleitung warnt Verf. vor zu grossem Optimismus. Die anderen Operationen (künstliche Frühgeburt, Wendung, Perforation) geben nach seinen Erfahrungen und nach statistischen Daten bessere Resultate bis jetzt für die Mütter, und wiegen die beim Kaiserschnitt etwas besseren für das Kind noch lange nicht die schlechteren für die Mutter auf.

Derselbe: 25 Laparotomien, ausgeführt in der gynäkologischen Baracke des Roshdestwenski-Stadthospitals. (Wr. № 22 sq.). Ref. folgt.

Arzneimittellehre. Toxikologie.

S. S. Botkin: Die Wirkung der Rubidium- und Caesiumsalze auf das Herz und die Blutcirculation im Hinblick auf die Gesetzmässigkeit der physiologischen Wirkung alkalischer Metalle. Dissert. — St. Petersburg 1888.

W. M. Edemski: Beiträge zur Frage von der Wirkung des Antifebrins. Dissert. — St. Petersburg 1888.

G. J. Gorski: Ueber den Einfluss des kohlensauren Lithions auf den Stickstoffumsatz gesunder Menschen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

S. Jesjkow: Material zur Pharmakologie des Amylenhydrats (Dimethyläthylcarbinol). Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. J. Iljinski: Lanolin, als bestes Constituens für Salben, Pflaster und andere ähnliche Arzneimittel. — Moskau 1887.

D. J. Jurowski: Gaswechsel und Wärmebildung unter Einfluss von Vergiftung durch gallensaure Salze. — Dissert. — St. Petersburg 1888.

D. P Kossorotow: Zur Frage der septischen Intoxication. Dissert. — St. Petersburg 1888.

Milejew: Material zur Pharmakologie der Semina strophanthi Kombé. Dissert. — St. Petersburg 1888.

T. Pawlow: Schwefelsaures Sparteïn als Cardiacum und Diureticum. Dissert. — St. Petersburg 1888.

W. J. Podanowski: Zur Pharmakologie des Antifebrins (Acetanilid). Dissert. — St. Petersburg 1888.

W. M. Santschewski: Zur Frage des pathologisch-anatomischen Processes bei Cocainvergiftung. Dissertat. — St. Petersburg 1888.

B. Schapiro: Kurzer Leitfaden der Pharmakologie. — St. Petersburg 1888.

E. A. Thorey: Ein Blick vom Standpunct der Jetztzeit auf die russische Militär- und Marinepharmacopoe. — St. Petersburg 1888.

Balneologie, Elektrotherapie u. a. physikal. Heilmethoden.

W. S. Bogoslowski: Essentuki in der Badesaison 1886. — Moskau 1887.

W. S. Grizay: Vergleich der Wirkung von trockenen und nassen Einwickelungen mit Abreibungen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

N. Th. Hagmann: Semiotik der Orthopädie. Vorlesungen für Studenten höherer Curse. — Moskau 1888.

N. E. Makowezki: Zur Frage über den Einfluss des russischen Bades auf den Stickstoffumsatz und die Fettassimilation und auf die Stickstoffassimilation der Nahrung bei Gesunden. Dissert. — St. Petersburg 1888.

L. J. Ssergejew: Die Schlammbäder von Ssaki. Dissertat. — St. Petersburg 1888.

M. M. Woronowsky: Beitrag zur Frage der Wirkungsweise der Compresses échauffantes auf dem Bauche. Dissert. — St. Petersburg 1888.

Hygiene.

P. N. Diatroptow: Medicinischer und sanitärer Bericht über den Jelisawetgrad'schen Kreis für das Jahr 1887. — Jelisawetgrad 1888.

Erisman: Cursus der Hygiene. Bd. III. Lief. 1. — Moskau 1888.

N. J. Görtz: Die Bedeutung der athmosphärischen Luft für die öffentliche Hygiene. — Astrachan 1888.

M. J. Goschkewitsch: Bericht über die sanitäre Thätigkeit in der Stadt Chersson im Jahre 1887. — Chersson 1888.

W. K. Lasarew: Zur Frage des Einflusses der wollenen Wäsche auf die insensible Ausgabe und die Hauttemperatur. Dissert. — St. Petersburg 1888.

A. Lukaschewitsch: Ueber Desinfection durch Ozon. Dissert. — St. Petersburg 1888.

N. N. Maslennikow: Beitrag zur Frage des Fleischpulvers. Dissert. — St. Petersburg 1888.

M. O. Perfiljew: Unsere sanitären Schwächen. — St. Petersburg 1888.

K. P. Pljashkewitsch: Die Anwendung der Schwefelsäure zur Desinfection von Abfällen. Dissert. — St. Petersburg 1888.

P. Rudnew: Material zur Frage von den Schwankungen der Muskelkraft der Arbeiter unter dem Einfluss der Fabriksarbeit. Dissert. — St. Petersburg 1888.

W. F. Strom: Die Desinfection mit überhitztem Dampfe. Dissert. — St. Petersburg 1888.

Wetscherkewitsch: Ueber die gebräuchlichsten Methoden der Chlordarstellung zur Desinfection. Material zur Desinfectionsfrage. Dissert. — St. Petersburg 1888.

B. J. Kianowski: Ueber die Schädlichkeit des Corsets. (Wr. № 20 sq.). Ref. folgt.

Epidemien (Endemien), Epizootien. Infection durch Thiergifte.

Bericht über die Infectionskrankheiten im Moskauer Gouvernement. März 1888. — Moskau.

M. Senetz: Zur Frage des Einflusses der Vaccination auf die Mortalität an Pocken. — Warschau 1888.

A. Stscherbakow: Instructionen zur Impfung der Kinder. Rostow a./Don 1888.

Derselbe: Die Diphtherie in der Stadt Rostow a./Don. — Rostow a./Don 1888.

Statistik. Medicin. Geographie u. Topographie.

J. Iwanow: Data über die Mortalität in der Stadt Kostroma für den Monat März 1888.

S. N. Karamanenko: Medicinisch-statistischer und sanitärer Bericht über den Odessaer Kreis für das Jahr 1887. — Odessa 1888.

Tschassownikow: Medico-statistischer und sanitärer Bericht des Chersson'schen Kreises für das Jahr 1887. — Chersson 1888.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

für die Woche vom 19. bis 25. Juni 1888.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
322	245	567	118	51	109	20	7	16	69	50	33	35	27	23	6	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 6, Masern 55, Scharlach 11, Diphtherie 17, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie u. Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 65, Todtgeborene 33.

Das als **Tischgetränk** und **diätetisches Heilmittel** seit Jahrhunderten rühmlichst bekannte

SELTERSER (Niederselterser) WASSER

sowie die **Wasser** von **Fachingen**, **Ems** (Kränchen-, Kessel- und Kaiser-Brunnen), **Schwalbach** (Stahl-, Wein- und Paulinen-Brunnen), **Weilbach** (Schwefel- und Natron-Lithion-Quelle) und **Geilnau** werden aus den betreffenden fiskalischen Mineralquellen

ohne jede Veränderung als reines Naturproduct

gefüllt.

Die ungemein günstige Zusammensetzung der Bestandtheile der Wasser bedingt deren **hohen medicinischen Werth**. — Diese **sämmtlichen Wasser**, wie auch die **ächten fiskalischen Emser Pastillen** und **Quellensalze** sind stets vorräthig in allen bekannten **Mineralwasserhandlungen** und **Apotheken**, woselbst auch die Abbildungen der **gesetzlich geschützten** Marken und die Erkennungszeichen der Aechtheit der vorgenannten Wasser erhältlich sind. 104 (3)

Niederselters, im Mai 1888.

Königl. Preuss. Brunnen-Comptoir.

Nordseebäder und Luftcurorte SYLT

Westerland Wenningstedt

Ca. 40 Kilometer langer fast schnurgerader Strand, stete Brandung, Lebensweise gänzlich ungeniert. Preise mässig, bis 1. Juli und vom 1. September an in Hotels und Privatwohnungen um $^1/_3$ herabgesetzt.

Frequenz: 1884 = 2900, 1885 = 3600, 1886 = 4300, 1887 = 5400.

Neu eingerichtet: Dampfstrassenbahn vom Hafenplatz zum Badeplatz. — Segel- und Jagdsport. — Neues grosses Warmbadehaus mit Dampfbad. — Bade-Apotheke in Westerland. 85 (2)

Illustrirte Broschüre über Sylt in jeder Buchhandlung. — Prospecte, sowie Fahrpläne durch die

Seebaddirection in Westerland-Sylt.

SANTAL DE MIDY.

(In Russland erlaubt.)

Santal Midy ersetzt den Copaivabalsam und die Cubebe in der Behandlung der Blennorrhagie, ohne Magenreizung oder Diarrhöe hervorzurufen.

Jede Capsel von **Santal Midy** enthält 20 Centigramm reiner Essenz von gelbem Sandelholz; die Dosis ist 6 bis 12 Capseln täglich, allmälig zu vergrössern und dann zu verringern. 17 (5)

DEPOT: Paris 8, rue Vivienne und in allen Apotheken Russlands.

SEE- UND SOOLBAD COLBERG.

Eisenbahn-Saison-Billets. Frequenz 1887: 7700 Badegäste. Einziger Curort der Welt der gleichzeitig See- und natürliche 5 proc. Sool-Bäder bietet. Starker Wellenschlag, steinfreier Strand. Warme See-Bäder, Moor-Bäder, Massage, Heilgymnastik. Waldungen und reizende Park-Anlagen **unmittelbar am Meere**. Bade-Wohnungen in grosser Zahl und Auswahl. Grosser schattiger Concertplatz mit geräumiger Strandhalle unmittelbar am Strandschloss. Hochgelegene **Dünen, Promenaden**, weit ins Meer hinausführender Seesteg. Hochdruck-Wasserleitung und Kanalisation. Vorzügliches Theater und Kapelle. Miethspreise solid. Gute Hôtels. Zahlreiche Vergnügungen, Lesehalle, Rennen des Pasewalker Reiter-Vereins. Prospecte und Pläne übersendet bereitwillig

52 (2) **Die Bade-Direktion.**

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.

Central-Dépot von Verband-Waaren.

Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.

Sämmtliche **Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.**

Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.

Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc.

6 (14)

SAXLEHNER'S BITTERWASSER

«Hunyadi János-Quelle»

Eigenthümer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgatif durch folgende Vorzüge aus:

Prompte, sichere Wirkung.

Milder Geschmack. — Geringe Dosis.

Zu haben bei den Droguisten & Apothekern.

Man verlange in den Niederlagen 32 (9)

 «Saxlehner's Bitterwasser». 

CURANSTALTEN VON MAMMERN

am Bodensee (Schweiz).

Sommer- und Winterstation (geheizte Corridore u. Baderäume).

Prosp. gratis. 34 (4)

I. Wasserheilanstalt.
II. Sanatorium für Nervenkranke.
III. Abtheilung für Diätcuren.

Ruhige, geschützte Lage im grossen Park a/See. Staubfreie Luft. Schöne Umgebung (viel Wald).

Elektrotherapie. Massage. Heilgymnastik. Neue comfortable Einrichtungen. Dampf-, Heissluft-, Fichtennadel-, electr.-, Wellen-See-bäder etc. Eisenbahn- u. Dampfschiffstation.

Dr. E. Maienfisch,
Dr. O. Ullmann, (Schüler Charcot's).



Дозв. ценз. Спб. 8. Іюля 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 8 AUGUST 1888

Allgemeine Literatur, Geschichte, Journale, Sammelwerke.

Kasatschok: Uebersicht der 25-jährigen Thätigkeit der medicinischen Gesellschaft zu Orel. (Med. Obsr. № 12).

Anatomie, Physiologie, Entwicklungsgeschichte, Vergleichende Anatomie, Missbildungen etc.

A. S. Dogiel: Zur Frage des Verhaltens der Nervenelemente in der Retina der Störarten, Reptilien, Vögel und Säugethiere. (Wr. № 24 sq.).

Scherensis: Untersuchung des Blutes Neugeborener im Momente der Geburt. (Med. Obsr. № 12). Ref. folgt.

Skaritschenko: Untersuchungen über den Winterschlaf. (Ibidem). Ref. folgt.

Medicinische Chemie, Physik, Botanik etc. (Pilzlehre, Parasiten.)

A. M. Filippow: Die Bacterien des physiologischen Organismus. — Moskau 1888.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

W. P. Kusnezow: Ueber die Veränderungen im Centralnervensysteme in Folge von künstlich hervorgerufener Hyperämie. Dissert. — St. Petersburg 1888.

G. A. Pjankow: Zur Frage der Regeneration des hypertrophischen glatten Muskelfasergewebes. Dissert. — St. Petersburg 1888.

Th. Ch. Wassilewsky: Zur Frage der Veränderungen in den Röhrenknochen nach Zerstörung des Knochenmarkes. Dissert. — St. Petersburg 1888.

J. L. Wienskowski: Ueber den Befund in der Muskelschicht (M. detrusor) hypertrophischer Harnblasen bei chronischer Entzündung der Totalität der Wand. Diss. — St. Petersburg 1888.

Innere Medicin.

S. M. Lewin: Ueber die Localbehandlung der Lungenschwindsucht mittelst Injection von Medicamenten in's Lungenparenchym. Eine experimentelle Untersuchung. Diss. Kowno 1888.

A. P. Lewitski: Ueber den Scorbut. Diss. — St. Petersburg 1888.

Ch. F. Lobanow: Ueber die Behandlung der Scorbutkranken mit Milch. Dissert. — St. Petersburg 1888.

M. M. Wolkow: Zur Frage der Wirkung der Antipyretica (Antipyrin, Antifebrin, Thallin) auf den Verlauf des Diabetes mellitus. Dissert. — St. Petersburg 1888.

M. D. Laptschinski: Der Abdominaltyphus im Warschauer Ujäsdow'schen Milit.-Hosp. im Jahre 1887. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau I, 2).

Derselbe: Zwei Fälle von Abdominaltyphus, complicirt durch Geschwür des M. rect. abdom. (Ibidem).

W. P. Obraszow: Zwei Fälle von Leberabscessen. Zur Lehre von den subphrenischen Abscessen. (Wr. № 23 sq.).

Shadkewitsch: Zur Behandlung des Erysipels. (Med. Obsr. № 12). Ref. folgt.

A. A. Wwedenski: Zur Casuistik der penetrirenden Bauchwunden mit Vorfall der Eingeweide. (Wr. № 24).

A. F. Wiegandt: Echinokokkus im Wirbelcanal. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau I, 2).

Chirurgie.

L. L. Lewschin: Ueber die zeitgemässen Methoden des Wundverbandes. Welcher Verband verdient den Vorzug in der militärärztlichen Praxis im Felde? Ueber Desinfection der Hände und über Seifen. — Kasan 1888.

A. S. Ssanoski: Ein Fall von Tracheotomie bei einem an syphilitischer Perichondritis und warzigen Wucherungen der Schleimhaut des Kehlkopfes leidenden Kranken. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau I, 2).

Derselbe: Einige Bemerkungen anlässlich eines Falles von traumat. Aneurysma der Art. cruralis. Exstirpation des Aneurysma. Heilung. (Ibidem).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

O. O. Motschatnowsky: Ueber die hysterischen Formen der Hypnose. — Odessa 1888.

Th. Ch. Gadsjäzki: Zur Casuistik der Malaria Psychosen. (Med. Ber. d. Ujäsdow'schen Mil.-Hosp. in Warschau I, 2).

W. N. Tschish: Die Fürsorge für Geisteskranke in Russland. (West. Ssud. Med. II).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

M. M. Rosenhart: Ein Fall von künstlicher Eröffnung des Eiters durch die Vagina bei Perimetritis. (Wr. № 24).

Arzneimittellehre. Toxikologie.

N. N. Andrejew: Das Acetanilid (Antifebrin). Beiträge zur Pharmakologie und therapeutischen Anwendungsweise desselben. Dissert. — St. Petersburg 1888.

M. B. Blumenau: Ueber die physiologische und therapeutische Wirkungsweise des Strophanthus Kombé als Cardiacum und Diureticum. — St. Petersburg 1888.

A. W. Koriander: Zur patholog. Anatomie der Jodoformvergiftung. — St. Petersburg 1888.

W. J. Podwyssozki: Pikroadonidin, das wirksame Princip der Adonis vernalis. (Med. Obsr. № 12). Ref. folgt.

Balneologie, Elektrotherapie u. a. physikal. Heilmethoden.

N. W. Panjutin: Medico-topographische Beschreibung von Soljzy im Porchow'schen Kreise (Gouv. Pskow). — St. Petersburg 1888.

L. N. Swerinzew: Bibliographischer Anzeiger der russischen und ausländischen Literatur über Elektrotechnik für die Jahre 1885—86. — St. Petersburg 1888.

A. Werigo: Analyse des Wassers und Schlammes des Budak'schen salzigen Limans. — Odessa 1888.

A. Nikolskaja: Die Behandlung der Frauenkrankheiten mit Massage nach der Brandt'schen Methode. (Wr. № 23 sq.).

Staatsarzneikunde (Gerichtl. Medicin), Gesetze und Verordnungen.

N. Protassow: Ueber den Unterschied zwischen im Leben und nach dem Tode entstandenen Sugillationen. (West. Ssud. Med. II).

Hygiene.

W. J. Golowaski: Verunreinigung des Bodens durch Abfallgruben. — Wilna 1888.

S. Bubnow: Zur Frage des Durchdringens chemisch wirksamer Lichtstrahlen durch die zur Kleidung der Menschen dienenden Gewebe. (Sbor. rab. Gig. lab. Mosk. un. II).

Derselbe: Die sanitäre Bedeutung arsenikhaltiger Beizen auf Baumwollenzeugen. (Ibidem).

Derselbe: Die Verbreitung des Staubes [zur Frage der gesundheitsmässigen Heizung der Wohnungen]. (Ibidem).

F. Erismann und *S. Bubnow*: Kritik des Heizungs- und Ventilationssystems der psychiatr. Klinik der Moskauer Universität. (Ibidem).

W. Ignatjew: Einige Daten zur sanitären Abschätzung der Luft in Schulräumen in bacteriol. Beziehung. (Ibid.).

N. Klepzow: Zur Frage der Methoden zur Bestimmung der Feuchtigkeit steinerner Wände und zur Austrocknung neuer Wände. (Ibidem).

W. A. Kobylin: Ueber das Studium der Gesetze des Verlaufes der condylomat. Periode der Syphilis und die Anwendung der N e w t o n'schen Formel des Binoms auf dieselben. (West. Ssud. Med. II).

M. Kozyn: Zur Frage der wissenschaftl. Grundlagen der sanitären Abschätzung des Wassers. (Sbor. rab. Gig. lab. Mosk. un. II).

J. Milotworski: Zur Frage von der Körperconstitution der Bauern des Ssemenow'schen Kreises etc. (West. Ssud. Med. II).

W. Ssamgin: Die chemische Zusammensetzung des Rinnsteinwassers und des Schmutzes der Strassen in Moskau. (Sbor. rab. Gig. lab. Mosk. un. II).

Epidemien (Endemien), Epizoetien. Infection durch Thiergifte.

Bericht über den Verlauf der Infectionskrankheiten im Gouvernement Moskau. April 1888.

Bericht über die Mortalität an Infectionskrankheiten im Gouvernement Kostroma für den Monat März.

W. Ignatjew: Materialien zur Epidemiologie und Aetiologie der croupösen Pneumonie. (Sbor. rab. Gig. lab. Mosk. un. II).

Statistik. Medicinische Geographie u. Topographie.

N. W. Eck: Versuch einer Bearbeitung der statistischen Data über die Sterblichkeit in Russland. Dissert. — St. Petersburg 1888.

Дозв. ценз. Спб. 5. Августа 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 9. SEPTEMBER 1888

Allgemeine Literatur.

Bogazky: Bericht über das Hospital d. praktischen Aerzte in der Stadt Poltawa für das erste Jahr seines Bestehens. — Poltawa 1888.

Medicin. Archiv des Warschauer Ujäsdow'schen Militär-Hospitals. Bd. II. — Warschau.

S. Pandschulitzew: Die Landschaft und die Medicin im Saratowschen Kreise. Lief. I. — Saratow 1888.

Bielinski: Der Zustand der medicinischen Wissenschaft in Polen zur Zeit der Medico-Chirurgischen Academie in Wilna. (Pam. Tow. L. Bd. 84.) Historische und bibliographische Studie.

Anatomie, Physiologie, Entwicklungsgeschichte, Vergleichende Anatomie, Missbildungen etc.

Bechterew und *Mislawski*: Ueber den Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelabsonderung. (Med. Obsr. № 13.)

Adamkiewicz: Ueber die Nervenkörperchen beim Menschen. (Prz. lek. № 25.) Ref. folgt.

Kasem-Beck: Beiträge zur Innervation des Herzens. (Pam. Tow. L. Bd. 84.) Aus dem Laboratorium des Prof. Dogiel. Verf. giebt genauere Angaben über die schon früher vorläufig mitgetheilten Resultate seiner Studien über die Innervation des Herzens bei Schildkröten. (Centrbl. f. d. med. Wiss. № 28, 1885.) Gegenwärtig sind vom Verf. die Herzen von Kaninchen, Katze, Hund und Schwein, von den Kaltblütern der caspischen und Landschildkröte und von den Fischen beim Hechte auf die Gegenwart des N. depressor anatomisch und physiologisch untersucht.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

W. W. Potejenko: Eine seltene Lage des Herzens bei einem Neugeborenen. (Wr. № 25.) Lage des Herzens aussen auf dem Brustkorbe, Communication mit dem Brustinnern durch eine Oeffnung in demselben, die nicht einmal eine Sonde durchlässt. Eine Stunde gelebt. Leider keine Section gestattet.

Glogowski: Einiges über die toxische Wirkung des Harnes von gesunden Menschen. (Med. № 21.)

Karlinski: Die neueren Ansichten über die Entstehung der eitrigen Entzündung. (Prz. lek. № 33.)

Obrzut: Beitrag zur Histiologie der Glomerulo-nephritis. (Ibid. № 20.)

Innere Medicin.

D. O. Kranzfeld: Ueber Actinomycose der Lunge. — Odessa 1888.

Afanassjew: Ein Fall von Milzruptur bei Ileotyphus. (Med. Obsr № 13.)

A. A. Birjukow: Zur Behandlung der Lungenphthise mittelst Ozon. (Wr. № 28 sqq.)

Goldenhorn und *Kalatschewski*: 3 Fälle von Magenerweiterung in Folge von Pylorusstenose; erfolgreiche Resection in einem Falle. M. A. (Med. Obsr. № 14.)

Th. K. Häussler (*Гейслерь*): Die Schnelligkeit der Jodkaliausscheidung durch den Harn als diagnostisches Zeichen einiger Formen von Nephritis. (Wr. № 26 sqq.)

Obolenski: Calomel bei Cirrhosis hypertrophica hepatis malariellen Ursprungs. (Med. Obsr. № 15.)

Ssokolow: Ein Fall von fibrinöser Pneumonie mit vielfachen Complicationen. (Ibid. № 14.)

Wolkow: Zur Casuistik der Malariaerkrankungen der Lungen. (Ibid.)

Chelmonski: Ueber die Regurgitation bei Magenkrankheiten. Beitrag zur Magenpathologie. (Pam. Tow. L. Bd. 84.)

Drobner: Ein Fall von sogen. «chirurgischem Scharlachfieber.» (Wiad. lek. № 11.)

Gerzetic: Ueber Infectionskrankheiten. (Liec. Viest. № 28.)

Jaworski: Diagnose und Therapie des atrophischen Magencatarrhs. (Wiad. lek. № 10.)

Derselbe: Wichtige Puncte in der neuesten Diagnostik und in der Therapie der Magenkrankheiten. (Med. № 27.)

Obrzut: Ueber die ecchymotische Nephritis, sowie über die Bedeutung der Ecchymosen im Nierenparenchym. (Prz. lek. № 31.)

Stachiewicz: Die Einspritzungen von Kreosot in das Lungenparenchym. (Ibid. № 20.)

Chirurgie.

Balujew: 3 Fälle von Oesophagotomie wegen Fremdkörper in der Speiseröhre. (Med. Obsr. № 15.)

Bereskin: Bericht über Herniotomien. (Ibid. № 13.)

J. J. Nassilow: Oesophagotomia et resectio oesophagi endothoracicae. (Wr. № 15.) Ref. folgt.

Silbernik: Ueber Torfmoos als Verbandmaterial. (Med. Obsr. 14.)

N. Weinbaum: Zwei Fälle von Kropf durch Electropunctur geheilt. (Wr. № 27.)

Antolkovicz: Hernia libera sinistra. Herniotomia radicalis et implantatio periosti e tibia. (Liec. Viest. № 6.)

Gabryczewski: Beitrag zur Resection der Maxilla superior. (Prz. lek. № 30.) Eigene Beobachtungen aus der Klinik des Prof. Rydygier.

Gabsrewicz: Ueber die radicale Heilung der mobilen Hernien. (Pam. Tow. L. Bd. 84.) Schluss.

Janiszewski: Resectio intestini tenui cum enterorhaphia. (Med. № 20.) Ein 32 Centim. langes Stück excidirt mit günstigem Ausgange.

Idzinski: Acute Atrophie des M. deltoideus nach Contusion des Kopfes. (Prz. lek. № 28.) Casuistischer Beitrag.

Krajewski: Ueber die radicale Heilung der nicht incarcerirten Hernien nach der Methode von Mac Ewen. (Ibid. № 24.)

Obolinski: Die Behandlung der Pharynxstricturen mit Dauercanülen. (Ibid. № 20.)

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Telnichin: Der Hypnotismus und seine Bedeutung in der Gegenwart und in der Zukunft. — Saratow 1888.

Krotkow: Die psychocerebrale Constitution der Hysterischen. (Med. Obsr. № 15.)

Goldflam: Ueber das verschiedene Verhalten der Kniereflexe bei Tabes dorsualis. (Prz. lek. № 33.)

Noiszewski: Paraphasia. Einleitung zur Anatomie der Rede. (Pam. Tow. L. Bd. 84.)

Selak: Gumma cerebri und Jackson'sche Epilepsie. (Liec. Viest. № 8.)

Hautkrankheiten.

Funk: Antwort auf den Artikel des Dr. Szadek: «Ueber die Anwendung von salicylsaurem Quecksilber bei syphilitischen Krankheiten». (Prz. lek. № 29.)

Giedrojc: Ueber die Recidive der Syphilis bei Behandlung derselben mit subcutanen Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd. (Med. № 32.)

Szadek: Anwendung des salicylsauren Quecksilbers bei syphilitischen Krankheiten. (Prz. lek. № 22.)

Kinder-Krankheiten und Hygiene.

Schimanski: 2 Fälle von Atresia ani. (Med. Obsr. № 14.)

Jasinski: Prof. Tarnier's Methode der Erwärmung und Ernährung unausgetragener Neugeborener. (Wiad. lek. № 10.)

Poznanski: Erster Bericht aus der chirurgischen Abtheilung des Kinderhospitals von Berson und Baumann. (Med. № 34.)

Geburtshülfe, Gynäkologie.

A. P. Artemjew: Ein automatischer Vaginalirrigator. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 28.)

L. N. Warneck: Ein Fall von Austreibung der Nachgeburt am 50. Tage nach der Geburt mittelst permanenter Vaginalirrigation. (Wr. № 26.)

Baroncz: Ein Fall von Uterusexstirpation per vaginam. (Prz. lek. № 22.)

Braun: Ein neuer Fall von Kaiserschnitt bei einer Zwergin nach der Sänger'schen Methode mit günstigem Ausgang für Kind und Mutter. (Ibid. № 34.)

Mars: Einiges über die gynäkologische Digitaluntersuchung. (Ibid. № 28.)

Sielski: Antipyrin als schmerzstillendes Mittel bei Geburtswehen. (Wiad. lek. № 10.) In 4 Fällen mit bestem Erfolge versucht. Die Gebärenden sollen sehr angenehm erstaunt gewesen sein über die Wirkung des wunderthätigen Pulvers.

Derselbe: Beitrag zur operativen Behandlung der Uterusanteversion. (Ibid № 12.)

Arzneimittellehre. Toxikologie.

Ignatjew: Ueber die diuretische Wirkung des Calomel. (Med. Obsr. № 15.)

Baroncz: Beobachtungen über Anästhesie durch Cocainum. (Med. № 19.)

Bieganski: Klinische Untersuchungen über die Wirkung des Salols. (Ibid. № 21.)

Biernacki: Ueber das Verhältniss der Kraft der Antiseptica zur Quantität der Fermente. (Pam. Tow. L. Bd. 84.) Aus dem Laboratorium des Prof. Tumas.

Kaczorowski: Ueber Antipyrin, besonders die subcutane Injection desselben. (Prz. lek. № 21.)

Kretowicz: Saccharin. (Wiad. lek. № 12.)

Lachowicz: Ueber die Wirkung des Bayer'schen Phenacetin (Para-acetphenetidin). (Prz. lek. № 20.)

Pawinski: Ueber die Wirkung des Sparteinum sulfuricum. (Pam. Tow. L. Bd. 84.) Fortsetzung folgt.

Szuman: Beobachtungen über Anaesthesie durch Bromaethyl. (Wiad. lek. № 11.)

Balneologie, Elektrotherapie u. a. physikal. Heilmethoden.

J. Gopadse und *S Wasadse*: Zur Frage der physiologischen Wirkung kalter, indifferenter, heisser und schottischer Allgemeindouchen auf den gesunden Menschen. (Wr. № 25 sqq.)

Zieleniewski: Bibliographisch-balneologisches Lexikon der vaterländischen Bade- und Curorte. (Pam. Tow. L. Bd. 84.)

Staatsarzneikunde (Gerichtl. Medicin), Gesetze und Verordnungen.

Blumenstock: Gerichtlich-medicinische Gutachten der medicinischen Facultät in Krakau. II. Serie. X. Tod auf den Eisenbahnschienen oder durch das Zusammenpressen des Halses in der Thür? (Prz. lek. № 29.)

Forenbacher: Zwei Fälle von Brandstiftung. Beitrag aus der psychiatrisch-gerichtlichen Praxis. (Liec. Viest. № 6.)

Karlinski: Tod an cerebrospinaler Meningitis ohne causaules Trauma. Ein gerichtsärztlicher Fall in Bosnien. (Prz. lek. № 24.)

Hygiene.

J. P. Semenski: Ueber den hygienischen Werth des in Wasser gelösten Sauerstoffs. — Dissert. Warschau 1888.

D. Uspensky: Die Desinfection der Eisenbahnwaggons zu Friedens- und Kriegszeiten. (Bacteriologische Untersuchung.) St. Petersburg 1888.

Uspenski: Die desinficirende Wirkung des überhitzten Dampfes und der Sublimatkochsalzlösung. (Med. Obsr. 13.)

Szpilman: Bericht über den VI. internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Wien. (Wiad. lek. № 10.)

Epidemien (Endemien), Epizootien. Infection durch Thiergifte.

N. A. Protopopow: Zur Frage der Immunität der Hunde gegen Lyssa. (Wr. № 23 sqq.)

Vermischtes. Propädeutik. Diagnostik.

Krowczynski: Die prophylaktischen Strömungen der contemporären Medicin. Vortrag gehalten in der allgemeinen Sitzung des V. Aerztetages in Lemberg. (Prz. lek. № 33.)

Дозв. ценз. Спб. 23. Сентября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12.

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 10. OCTOBER 1888

Allgemeine Literatur, Geschichte, Journale, Sammelwerke. Augen- und Ohrenkrankheiten.

Bericht des Medicinal-Departements für das Jahr 1886. Medicinischer Theil. — St. Petersburg 1888.

D. P. Nikolski: Bericht über die Arbeit der Gouvernementscongresse der Landschaftsärzte. Lief. I. — St. Petersburg 1888.

Anatomie, Physiologie, Entwicklungsgeschichte, Vergleichende Anatomie, Missbildungen etc.

Die Arbeiten im physiologischen Laboratorium der Moskauer Universität 1887. I. Jahrg., Bd. I. — Moskau 1888.

Blumenau: Zur Frage von der physiologischen Wirkung des Magnets auf das Nervensystem. (West. psichiatr. Miersz. VI, 1.)

A. S. Dogiel: Zur Frage des Verhaltens der Nervenelemente in der Netzhaut der Amphibien und Vögel. (Wr. № 30.)

Jakowenko: Zur Frage des Baues des Fasciculus longitudinalis posterior. (West. psichiatr. Miersz. VI, 1.)

A. W. Reprew: Ueber die Abhängigkeit der Geschlechtsfunctionen von der Ernährung des Organismus. (Wr. № 36 sq.).

Gajkiewicz: Ueber die Gehirnphysiologie. (Gaz. lek. № 39).

Medicinische Chemie, Physik, Botanik etc. (Pilzlehre, Parasiten.)

Bericht über die Thätigkeit der bacteriologischen Station und des Pasteur'schen Impfinstituts der Charkower medicinischen Gesellschaft. — Charkow 1888.

P. M. Albizky: Zur Frage der Oxydation organischer Stoffe bei der Stickstoffbestimmung derselben nach der Kjehdahl-Borodin'schen Methode. (Wr. № 29).

W. N. Ssirotinin: Versuche der Uebertragung des Unterleibstyphus auf Thiere. (Aus dem Laboratorium des Prof. Pflügge — Göttingen). Verf. hat 71 Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden ausgeführt und kommt zum Schlusse, dass sterilisirte Culturen oder von lebenden Bacillen des Unterleibstyphus durch Filtration befreite Culturen bei Thieren dieselben Krankheitssymptome und anatomischen Veränderungen hervorrufen, wie Culturen mit lebenden Bacillen, und dass sie in derselben Zeit den Tod bedingen. (Wojenn. Med. Sh. Januar).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

A. K. Jagorzinski: Die Ptomaine und Leukomaïne. Die Untersuchungsmethoden derselben und ihr Verhältniss zur Pathologie. Mit einem Vorwort von Prof. A. K. Anrep. — St. Petersburg 1888.

A. M. Lewin: Zur Frage des Phosphorstoffwechsels bei Diabetes mellitus. (Wr. № 33 sqq.).

Nencki und *Rakowski*: Beitrag zur quantitativen Analyse des Acetons im Harn. (Gaz. lek. № 29).

Putawski: Ueber die Fissura thoracis lateralis. (Gaz. lek. № 12).

Innere Medicin.

J. J. Metschnikow: Ueber Phthise und Tuberculose. Zwei öffentliche Vorträge in Odessa. — Odessa 1888.

Ssucharski: Medicinischer Rechenschaftsbericht für das Jahr 1886 über die IV. (Brust-) Abtheilung und die Pneumatische Heilanstalt am St. Petersburger Nicolai-Hospital für 1886.

W. A. Afanassjew: Zur Pathologie der Addison'schen Krankheit. (Wr. № 32 sq.).

J. J. Georgiewski: Ueber die Assimilation von Fett bei Phthisischen. (Ibidem № 36).

J. Juzkewitsch: Ein Fall von croupöser Pneumonie complicirt durch Meningitis. (Ibidem № 38 sq.).

N Kisselewitsch: Zur Frage von den Pleuritiden. Verf. giebt gemäss der von ihm an 2 Fällen gemachten Erfahrung den Rath, in zweifelhaften Fällen stets die Probepunction zu machen, und dann bei eiterigem Exsudat möglichst früh zu operiren. (Wojenn. Med. Sh. Januar).

Neustab: Die Wirkung des kalten Wassers beim Flecktyphus. Verf. ist durch die von ihm am Krankenbette gemachten Erfahrungen zu einem Gegner der Wasserbehandlung bei Typhus geworden und spricht die Hoffnung und Ueberzeugung aus, dass die Zeit nicht fern ist, wo aus unseren Krankenheil-Anstalten die Behandlung des Typhus mit kaltem Wasser ganz verdrängt und durch die antipyretischen Mittel Antipyrin, Thallin und Antifebrin ersetzt sein wird. (Ibidem, März).

Th. M. Openchowski: Aus der Dorpater Hospitalklinik (Lungenabscess, Gangräu, Pneumotomie. Heilung). (Wr. № 38).

Pariiski: Ein Fall von protahirtem Ileotyphus mit sehr niedrigen Temperaturen. (Med. Obsr. № 17).

N. A. Raskina: Ueber die Aetiologie der hauptsächlichsten bösartigen Complicationen des Scharlachs. (Wr. № 37).

Ssorokin: Zur Behandlung der Unwegsamkeit des Darmes mit Magenausspülung. (Med. Obsr. № 18).

Strashewski: Ein Fall von Medullarkrebs im hinteren Mediastinum. (Ibidem).

N. Ssujetin: Ein Fall von Infectionsendocarditis. (Wojenn. Med. Sh. März).

Birehzweig: Ein Fall von Bacteriuria. (Gaz. lek. № 34).

Borsuk: Ein Fall von Cholelithiasis verbunden mit abnormer Beweglichkeit der vergrösserten Gallenblase. (Ibid. № 28).

Brodowski und *Dunin*: Ein Fall von sogenannter Weil-scher Infectionskrankheit. (Ibid. № 37).

Chetchowski: Ein Fall von Anaemia perniciosa progressiva. (Ibid. № 14).

Chrostowski und *Jakowski*: Epidemische fibrinöse Lungenentzündung und bacteriologische Befunde während einer Endemie in Warschau. (Ibid. № 29—31).

Czajkowski: Beitrag zur Aetiologie der Angina catarrhalis acuta idiopathica. (Ibid. № 27).

Jaworski: Gastrorrhoea, catarrhus acidus et ulcus ventriculi. (Ibid. № 24 und 25).

Jopkiewicz: Aetherisation des Magens bei unstillbarem Erbrechen. (Ibid. № 13).

Malinowski: Peritonitis tuberculosa bei einem Kinde nach Masern. (Ibid. № 29).

Lesser: Ueber die primäre tuberculöse Infection der Haut. (Ibid. № 31).

Orlowski: Beitrag zur Cystitis exfoliativa, gangraenosa. (Ibid. № 14).

Pawinski: Asthma acetonicum. Beitrag zur Kenntniss der Acetonurie. (Ibid. № 28 und 29).

Derselbe: Ein Fall von acuter miliarer Lungentuberculose mit abnormer Tachycardia. (Ibid. № 13).

Petczynski: Einige Bemerkungen über die Behandlung der Gelbsucht nach der Krull'schen Methode. (Ibid. № 38).

Pisek: Ueber das Fieber und seine Behandlung. (Ibid. № 36).

Przewoski: Cystitis, Urethritis et Pyelitis granulosa seu follicularis. (Ibid. № 33—34).

Derselbe: Abnorme Multiplicität verschiedener primärer Neubildungen bei einem und demselben Individuum. (Ibid. № 19 und 20).

Putawski: Beitrag zur Behandlung der Diphtherie. (Ibid. № 36).
Sedziak: Parenchymatöse Einspritzungen des Kreosots bei Lungenschwindsucht. (Ibid. № 30—32).
Srebrny: Croup und Diphtherie. (Kron. lek. № 8).
Zawisza: Einige Bemerkungen über die Therapie des selbständigen Asthma bronchiale. (Gaz. lek. № 12).
Zychowsky: Beitrag zur Kenntniss einiger Symptome des Typhus abdominalis. (Ibid. № 28).

Chirurgie.

M. Fenster: Die Ignipunctur bei Leiden der Knochen und Gelenke. Verf. führt 9 Fälle, die er behandelt hat, an und kommt zum Schluss, dass die Ignipunctur rascher und nachhaltiger wirkt, als andere ableitende Mittel. (Wojenn. Med. Sh. März).
W. Th. Lindenbaum: Die Urethrotomia externa bei impermeablen Stricturen der Harnröhre. (Wr. № 30). Ref. folgt.
A. W. Minin: Zur Behandlung der Knochentuberculose. (Ibid. № 31). Ref. folgt.
D. S. Morosow: Zur Lehre von den Verengerungen der Speiseröhre und ihrer Behandlung. (Wojenn. Med. Sh. Januar und ff.).
K. Schultz: Ein Fall von Luxation von Wirbelkörpern en masse. (Wr. № 32). Die Wirbel vom 9. Brust- bis zum 5. Lendenwirbel en masse luxirt. Redressement. Heilung.
M. G. Tschernjachowski: Zur Frage der Oberschenkelexarticulation, an der Hand von 6 Fällen dieser Operation. (Ibid. № 29 sq.). Ref. folgt.
G. J. Turner: Pneumatocele capitis. (Ibid. № 31). Ref. folgt.

Jawdynski: Ein Fall von primärem Halscarcinom. (Gaz. lek. № 25—27).
Krause: Beitrag zur Abreissung der Gedärme vom Gekröse. (Ibid. № 23).
Przewoski: Vier neue Fälle von Hernia diaphragmatica mit allgemeinen Bemerkungen über diese Krankheit. (Ibid. № 38).
Rydygier: Behandlung der Wunden ohne Drains. (Ibid. № 26).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Sitzungsberichte der Gesellschaft der Irrenärzte in St. Petersburg für das Jahr 1887. — St. Petersburg 1888.

Bechterew: Hemiatrophia facialis progressiva. (West. Psich. Miersz. VI, 1).
Blumenau: Ueber die Wirkung des Antipyrins auf das Nervensystem. (Ibidem).
F. Fischer: Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Verlauf der Syphilis. (Wojenn. Med. Sh. Januar und ff.).
L. O. Finkelstein: Störungen der allgemeinen und speciellen Empfindungssphäre bei einigen Geisteskrankheiten. (Wr. № 34 sqq.).
Kusnezow: Ueber den Einfluss der Hyperämie auf das Centralnervensystem. (West. Psich. Miersz. VI, 1).
Minor: Zur Aetiologie der Tabes dorsalis. (Ibidem).
Roshdestwenskoi: Pathologisch - anatomische Veränderungen des Centralnervensystems unter dem Einflusse der verschiedenen Entladungsstärke der Holtz'schen Maschine und der Methoden der Franklinisation. (Ibidem).
Tomaschewski und *Ssimonowitsch*: Zur Lehre von der Pathogenese der Hallucinationen und der Epilepsie. (Ibidem.)
Tschish: Geisteskranke Arrestanten. (Ibidem).
Derselbe: Ueber die Willensfreiheit. (Ibidem).
Walizkaja: Zur Frage der psychophysischen Messungen bei Geisteskranken. (Ibidem).

Rzeczniowski: Ueber Hypnotismus in der Medicin. (Kron. lek. №№ 4, 5, 6 und 7).

Hautkrankheiten.

Jelin: Ichthyol bei Erysipel. (Med. Obsr. № 18).
G. N. Münch: Ein offener Brief an die Redaction. [Ueber Lepra. Ref.]. (Wr. № 33 sq.). Ref. folgt.
O. Petersen: 43 Leprafälle in St. Petersburg. (Wr. № 37 sq.)

Elsenberg: Ein Fall von Eczema madidans complicirt durch septische Infection. (Gaz. lek. № 13).
Derselbe: Ein Fall von Urticaria pigmentosa. (Ibid. № 22).
Wicherkiewicz: Allgemeines Melanosarcom der Haut. (Ibid. № 33).

Venerische Krankheiten. Prostitution.

K. L. Ssirski: Die Behandlung der Syphilis mittelst der Einspritzung von in Wasser nicht auflösbaren Quecksilber-Präparaten. (Wojenn. Med. Sh. März).
A. G. Wolynz: Zur Frage des multiplen Hunter'schen Chancre. (Wr. № 30). Ein Fall, der das Vorkommen dieser Seltenheit bestätigt.

Dymnicki: Bemerkungen zur allgemeinen Quecksilberbehandlung bei primären Erscheinungen der Syphilis. (Gaz. lek. № 14),
Malinowski: Chronische syphilitische Larynx- und Tracheastenose beim Kinde. (Ibid. № 28).

Kinder-Krankheiten und Hygiene.

N. J. Lunin: Ein Fall von Abdominaltumor bei einem 3-monatlichen Mädchen. (Wr. № 30). Ein gut beobachteter, sehr seltener Fall von Lymphosarcom von den retroabdominellen Drüsen ausgehend, mit Sectionsbefund.

Augen- und Ohrenkrankheiten.

E. Mandelstamm: Klinische Vorlesungen über Augenkrankheiten. Lieferung I. — Moskau 1888.

Beljajew: Pyämie nach eitrigem Ohrenflusse. (Med. Obsr. № 17)
M. S. Shirmunski: Gehöruntersuchungen von Kindern schulpflichtigen Alters in den St. Petersburger Stadtschulen. (Wr. № 38 sq.).
Strzeminski: Metastatischer Abscess in der Orbita im Verlaufe eines Puerperalfiebers. (Med. Obsr. № 17).

Guranowski: Ein Fall von croupöser Entzündung des äusseren Gehörganges und des Trommelfells. (Gaz. lek. № 33).
Jakowski: Otomycosis mucorina. (Ibid. № 34).
Kepinski: Praktische Andeutungen zur Erkennung und Behandlung der Conjunctivalerkrankungen. (Kron. lek. № 3).
Strzeminski: Ein Fall von angeborener Missbildung beider Augen. (Gaz. lek. № 38).

Kehlkopf- und Nasen-Krankheiten.

Ssorokin: Schwere Laryngitis; Laryngotomie. (Med. Obsr. № 18).

Baracz: Neue Operationsmethode der naso-pharyngealen Polypen. (Gaz. lek. № 32).
Jakowski: Zweiter Fall von Rhinosclerom bacteriologisch untersucht. (Ibid. № 37).
Przedborski: Chronischer hypertrophischer Nasencatarrh und seine Verhältnisse zu den Erkrankungen benachbarter Organe und allgemeinen Neuralgien des Körpers. (Ibid. №№ 22—27).
Sokolowski: Ueber die Behandlung und Erfolg derselben bei Larynxschwindsucht. (Ibid. № 35).
Derselbe: Ueber Laryngitis phlegmonosa idiopathica. (Ibid. № 20 und 21).
Srebrny: Ueber Laryngitis hämorrhagica. (Ibid. № 38).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

K. Inojews: Medicin. Bericht des Gebärasyls am Golitzynschen Hospitale in Moskau für d. Jahr 1887. — Moskau 1888.
Onufriew: Medicinischer Bericht des Jekaterinenburger Gebärhauses vom 1. April 1877 bis zum 1. September 1887. — Jekaterinburg 1888.
K. Th. Slawjanski: Specielle Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten Leitfaden für Aerzte und Studenten. Th. I.: Krankheiten der Scheide und der Gebärmutter. — St. Petersburg 1888.



Aerztlicher Bericht des St. Petersburger Entbindungsinstituts für das Jahr 1887. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 5).

P. Archangelski: Ein Fall von Dicephalus thoracogastropagus tetrabrachius tripus. (Ibid. № 6 und 7).

Derselbe: Eine schwere Geburt bei unbedeutender Verengerung des Beckenausganges. (Ibid. № 5).

J. S. Balin: Ein Fall von totalem Defect der Vagina. (Wr. № 32). Totaler Defect der Vagina, wahrscheinlich auch des Uterus. Bei der 2 Jahre verheiratheten Frau der Coitus per urethram, welche dilatirt. Keine Incontinenz.

J. Beresnitzki: Fünf Ovariotomien, ausgeführt in den Städten Tobolsk und Tomsk. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 9).

A. G. Borjakowski und *G. E. Rein*: Bericht über 16 Myomotomien. (Wr. № 36 sqq.).

S. J. Chasan: Ueber Anomalien der Wehenthätigkeit. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 7 und 8).

Derselbe: Ueber Tamponade des puerperalen Uterus bei atonischen Blutungen. (Ibid. № 9).

S. S. Cholmogorow: Die Mikroorganismen der abfallenden Nabelschnur. (Wr. № 37 sq.).

J. J. Fedorow: Einiges über die Vortheile der geraden mit parallelen Branchen versehenen Geburtszange von Prof. L a z a r e w i t s c h. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 5).

Derselbe: Zur Casuistik der suprahymenalen angeborenen Verwachsungen der Scheide. Haematometra et Haematocolpos. (Ibid. № 6).

N. J. Fedorow: Angeborene membranöse Verengerungen der Scheide, als Geburtshinderniss und ihre ätiologische Bedeutung für das Entstehen chronischer Retentionsgeschwülste der Gebärmutter. (Ibid. № 9).

A. Hermonius: Einiges über die F r e u n d'sche Exstirpationsmethode des Uterus. (Ibid. №№ 5—8).

N. W. Jastrebow: Colpoparovariocystotomia als Operationsmethode bei intraligamentären Cysten. (Ibid. № 7 und 8).

K. Kemarski: Zur Casuistik der Probelaparotomien bei angeborenen Fehlern der weibl. Geschlechtsorgane. (Ibidem).

Derselbe: Inversio totalis uteri puerperalis. (Ibidem).

J. M. Lwow: Ueber die Lagerung der Wöchnerinnen und über das Aufstehen derselben aus dem Bette. (Wr. № 34 sq.).

N. W. Netschajew: Ein Beitrag zur Lehre von der Kopfgeschwulst der Neugeborenen. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 6 und 7).

Derselbe: Zur Casuistik der Verkürzung der runden Mutterbänder bei Retroflexio und Senkung der Gebärmutter. (Ibid. № 9).

Preobrashenski: Der C r e d é'sche Handgriff als Prophylacticum der Blennorrhoea neonatorum. (Ibid. № 7 und 8).

A. W. Reprew: Einige Worte über Temperatur und Puls während der Menses. (Wr. № 35).

W. L. Shadkewitsch: Blutung in der Nachgeburtsperiode, bedingt durch einen Placentarpolypen. Jodum trichloratum bei Uterustamponade. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 7 u. 8).

S. G. Schalita: Künstliche Scheidenbildung mit Schleimhauttransplantation. (Wr. № 36).

M. A. Schurinow: Ascites als Symptom von Stieldrehung einer Ovariencyste. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 7 u. 8).

O. Skworzowa: Bericht über das Perm'sche Gebärasyl vom 1. Januar 1880 bis zum 1. Jan. 1888. (Ibid. № 9).

A. S. Solowiew: Ein Kaiserschnitt nach P o r r o. Ueber die Anwendung des elastischen Schlauches bei extraperitonealer Stielbehandlung. (Journ. akusch. i shensk. bol. № 5).

W. Ssutugin: Kurzer Auszug aus dem ärztlichen Bericht des Moskauer Entbindungsinstituts für das Jahr 1887. (Ibid. № 7 und 8).

P. N. Tschunichin: Eine Geburt, erschwert durch ein Fibromyoma cervicis et corporis uteri. (Ibid. № 6).

M. A. Woskressenski: Casuistik der gynäk. Operationsfälle im Tschernigow'schen Gouvernements-Landschaftshospital vom 15. Juli bis zum 9. December 1887. (Ibid. № 7 und 8).

Arnstein: Anwendung des Hydrastis canadensis bei Uterusblutungen. (Gaz. lek. № 19).

Matlakowski: Zwei Fälle von Peritonitis puerperalis, behandelt durch Laparotomie. (Ibid. № 23).

Rosenthal: Gynäkologischer Operationstisch. (Ibid. № 35).

Arzneimittellehre. Toxikologie.

Skworzow: Zur Pharmakologie der Eisenpräparate. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 29).

Jevzykowsky: Beitrag zur Colitis diphtheritica bei Sublimatvergiftung. (Gaz. lek. № 21).

Rappel: Acute Quecksilbervergiftung bei äusserlicher Anwendung des Sublimats. (Ibid. № 19 und 20).

Siergiejenko: Untersuchungen über die Wirkung des Adonidins. (Ibid. № 32).

Balneologie, Elektrotherapie u. a. physikal. Heilmethoden.

W. S. Bogoslowski: Die Badeorte Europas. — St. Petersburg 1888.

Schtscherbakow: Batum und Ssuchum-Kaléh als Winterstationen. (Med. Obsr. № 18).

Chelmonski: Einige Worte über die abführende Wirkung des constanten Stromes. (Gaz. lek. № 19).

Militair- und Schiffsmedicin.

P. Morosow: Ueber die Solidarität der Handlungen der Militär- und Medicinalobrigkeit. — Kiew 1888.

Welitschkowski: Bemerkungen bezüglich der neuen militär-medicinischen Berichte nach der Verordnung der militär-medicinischen Verwaltung von 1887 (№ 14). — Uralsk 1888.

Hartstein: Die Soldatenration. (Wojenn. Med. Sh. März).

A. Leontowitsch: Ueber den Sanitätszustand des Odessaschen Lagers im Jahre 1886. (Ibid. Febr. und ff.).

J. Mrotschkowski: Ueber die Verdaulichkeit der Eiweissstoffe, die in der Soldatenration der 21. Infanterie-Division (im Kaukasus) enthalten sind. (Ibid. April).

P. O. Ssmolenski: Sanitäts-Bemerkungen über das Krassnosel'sche Lager. (Ibid. März).

Staatsarzneikunde.

P. A. Grazianow: Aeusserer Pseudohermaphroditismus. Ein gerichtlich-medicinischer Fall. (Wr. № 36).

Hygiene.

Bericht der Moskauer Stadtverwaltung bezüglich ihrer sanitären Arbeit für das Jahr 1886. — Moskau 1888.

Bericht der städtischen executiven Sanitätscommission zu Kiew für das Jahr 1887. — Kiew 1888.

Bericht über die Arbeit der Irkutsker Sanitätscommission für das Jahr 1887. — Irkutsk 1888.

P. Jastschenko: Hygiene der Seele und des Körpers. 2. Auflage. — Rostow a/Don 1888.

N. F. Michailow: Die Nahrung in den Dorfschulen. — Moskau 1888.

Derselbe: Programm zur sanitären Untersuchung der Dorfschulen. — Moskau 1888.

W. J. Zemblinow: Der Director der sanitären Station zu Perm als Hygieniker. Kritik des Artikels des Dr. R. N. R u m a: «Ueber Hygiene der Bergwerke». — Perm 1888.

W. J. Grebenschtschikow: Zur Frage der Verringerung der Sterblichkeit in Russland. (Wr. № 31 sq.). Ref. folgt.

A. Dobrosslawin: Der VI. hygienische internationale Congress in Wien (26. Sept. bis 20. October n. St.). (Wojenn. Med. Sh. Januar und ff.).

Th. G. Janowski: Bacteriologische Untersuchungen des Schnees. (Wr. № 37).

Jul. Knoch: Ueber giftige Fische und die Mittel um einer Vergiftung mittelst derselben vorzubeugen. (Wojenn. Med. Sh. April).

N. Makarow: Die Bedeutung des Eiweisses im ausgekochten Fleisch und Blut als Nahrungsmittel. (Ibid. Februar und ff.).

A. A. Lipski: Ueber die Assimilation des Kefir. (Wr. № 33 sqq.).

Epidemien (Endemien), Epizootien. Infection durch Thiergifte.

Arbeiten der Odessaer bacteriologischen Station. Die Frage der Präventivimpfungen bei Pustula maligna. — Odessa 1888.

Bericht über den Verlauf der Infectionskrankheiten im Gouvernement Moskau. — Juli 1888.

W. J. Dolshenkow: Berichte der Landschaftsärzte über epidemische Krankheiten im Gouvernement Kursk für das Jahr 1887. — Kursk 1888.

Statistik. Medicinische Geographie u. Topographie.

W. Walch: Statistische Daten über die Sterblichkeit der Bevölkerung St. Petersburgs 1887. (Wojenn. Med. Sh. Januar und ff).

Дозв. ценз. Спб. 21. Октября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 11. NOVEMBER 1888

Allgemeine Literatur, Geschichte, Journale, Sammelwerke.

Bericht der Gemeinschaft der Schwestern zum Heil. Georg für das Jahr 1887. St. Petersburg 1888.

S. [illegible]: Die Geschichte der Medicin des Alterthums. Kiew 1888.

Anatomie, Physiologie, Entwicklungsgeschichte, Vergleichende Anatomie, Missbildungen etc.

Pawlow: Der die Herzthätigkeit erregende Nerv. (Jesh. Kl. Gas. № 24—26.)

Wilischanin: Ueber die Methode, die Schwankungen des intracraniellen Druckes zu bestimmen. (Ibid. № 27—28.)

Glogowski: Einiges über die giftigen Eigenschaften des Harnes von gesunden Menschen. (Med. № 22.)

Medicinische Chemie, Physik, Botanik etc. (Pilzlehre, Parasiten.)

J. W. Godnew: Einige Worte betreffend den Einfluss der Sonnenfinsterniss auf Menschen und Thiere. (Dnew. Kas. Ob. № 13—14.)

N. Ljubimow: Ueber die Färbung von Tuberkel- und Leprabacillen mit Boro-Fuchsin. (Ibid № 2—3.)

Derselbe: Ueber die Färbung der Recurrens-Spirillen. (Ibid. № 15—18.)

Bujwid: Ueber die chemische Reaction der Cholerabacillen. Die Methode der Differenzirung und Diagnosticirung der Cholerabacillen ohne Mikroskopie und ohne Bacteriencultur. (Prz. lek. № 36.)

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

A. Th Brandt: Ueber die Beziehung der Scheuerlenschen Bacillen zur Aetiologie des Krebses. (Dnew. Kas. Ob. № 10—12.)

J. M. Lwow: Ein Fall von Anencephalie bei einer 4-monatlichen Frucht. (Ibid. № 15—18.)

A. W. Perschin: Ein frischer Fall von Inversion der Harnblase durch die Urethra. (Ibid. № 9.)

Baroncz: Die Uebertragbarkeit der Actinomycose von Mensch auf Mensch. (Prz. lek. № 14.)

Bujwid: Traubenzucker als Eiterungserreger bei Gegenwart von Staphylokokkus aureus. (Ibid. № 12.)

Karlinski: Die neuesten Ansichten über die Aetiologie der eitrigen Entzündung. (Ibid. № 35.)

Innere Medicin.

W. Th. Buschujew: Zur Casuistik der Darmgeschwüre. (Wr. № 40.)

N. Charitonowski: Ein Fall von Atrophia musculorum lipomatosa. (Dnew. Kas. Ob. № 2—3.)

Dwukrajew: Die Behandlung der Chlorotischen mit defibrinirtem Blut. (Jesh. Kl. Gaz. № 19—22.)

Konjajew: Ueber die sogen. bacterielle Nephritis beim Abdominaltyphus. (Ibid. № 24.)

Matschinski: Ein Fall von Actinomycose der Lunge, diagnosticirt am Lebenden. (Ibid. № 25—26.)

N. Petrow: Ein Fall von Actinomycose beim Menschen. (Dnew. Kas. Ob. № 4—6.)

J. Poslawski: Zur Erkennung und Kreosotbehandlung der tuberculösen Erkrankung der Lungen. (Wojenn. Med. Sh., Juni.) Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Pe cussion und Auscultation sind unzuverlässige diagnostische Hülfsmittel bei den Anfangsformen der tuberculösen Lungenerkrankung. 2) Das sicherste Anzeichen derselben ist die Anwesenheit der Koch-schen Bacillen. 3) Die beste Untersuchungsmethode auf Tuberkelbacillen für Sputa ist die Methode Ziel—Nelson—Jone. 4) Die Kreosotbehandlung muss energisch und dauernd sein, da nur so ein Effect zu erwarten ist. 5) Das Kreosot muss zuerst in kleinen und dann in aufsteigenden Dosen gegeben werden (womöglich in 5 Tagen zu den höchsten Dosen steigend). 6) Bei der Kreosotbehandlung sinkt die Temperatur, die Zahl der Pulsschläge verringert sich und die Dyspnoe verschwindet. 7) Die Kranken nehmen an Gewicht zu — einzelne sehr rasch. 8) Der Appetit bessert sich 9) Der Schlaf wird ruhiger. 10) Die Schweisse schwinden. 11) Der Husten und die Auswurfsmenge verringern sich. 12) Die Tuberkelbacillen vermindern sich oder schwinden ganz. 13) Bei weitverbreiteten Lungendefecten hat auch Kreosot keine Heilwirkung. 14) Die Kreosotbehandlung hat bei entsprechender guter Ernährung eine den Process in den Lungen hemmende Wirkung.

J. J. Sawolshskaja: Ueber einige Formen nervöser Erkrankung des Magens (nebst Literaturverzeichniss). (Prakt. med. № 7.)

G. A. Schapiro: Vorlesungen über die Diagnostik der Krankheiten des Herzens und der Gefässe (mit Zeichnungen. (Ibid. № 5—9.)

J. N. Ssokolowski: Beobachtungen über croupöse Pneumonie. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 47.)

J. W. Tarkowski: Zur Pathologie und Aetiologie der fibrinösen Pneumonie. (Ibid.)

S. W. Unshenin und *N. W. Petrow:* Zur Frage der chylösen Cysten des Mesenteriums. (Dnew. Kas. Ob. № 7—8.)

Wassiljew: Der infectiöse Icterus. (Jesh. Kl. Gas. № 22—26.)

A. J. Woskressenski: Zur Frage der Bedeutung der atmosphärischen Erscheinungen für die Aetiologie der croupösen Pneumonie. (Wojenn. Ssanit. D. № 42 u. ff.)

Jaworski: Ectasia ventriculi paradoxa. (Prz. lek. № 12.)

Derselbe: Neuere Entdeckungen in der contemporären Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. (Med. № 36.)

Pawinski: Afebriler Verlauf des Scharlachs mit beträchtlicher Pulsfrequenzerniedrigung. (Gaz. lek. № 44.)

Przewoski: Vier neue Fälle von Hernia diaphragmatica mit allgemeinen Bemerkungen über diese Krankheit. (Ibid. № 40—42.)

Sedziak: Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Trachea. (Ibid. № 40.)

Chirurgie.

K. Alexandrow: Zur Casuistik der Galaktocele. (Chir. Westn. Febr.).

N. Beniosowitsch: Ein Fall von Leber-Echinokokkus nach Volkmann operirt, mit Ausgang in Genesung. (Ibid. Mai—Juni).

P. M. Blumberg: Ueber die operative Behandlung pleuritischer Exsudate. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 46).

A. Bogajewski: Ein Fall von Gastrostomie wegen Narben-Strictur des Oesophagus mit folgender Dilatation des Oesophagus und vollständigem Verschluss der Magenfistel. (Chir. Westn. Mai-Juni).

R. Butz: Zur Casuistik der Hydrocele bilocularis intraabdominalis. (Ibid. Febr.). cfr. St. Petersb. med. Woch. 1887. № 52.

Derselbe: Zur Lehre von der Hernia praeperitonealis. Mit 1 Abbild. (Ibid. Juli-Aug.). cfr. St. Petersb. med. Woch. № 38.

N. Jakimowitsch: Zur Frage vom Torfmoos als Verbandmaterial. (Wojenn. Med. Sh. Juni). Nach den im Nicolai-Militärhospital angestellten Versuchen kommt Verf. zur Schlussfolgerung, dass das Moos weder aseptisch noch antiseptisch ist; dass es, weil es sich leicht in Pulver verwandelt, Wunde und Verbandmaterial verunreinigt; dass es, bei geringem Gewicht viel Raum einnehmend, zum Versenden nicht geeignet ist, viel Flüssigkeit absorbirt und weder in Friedens- noch Kriegszeit sehr beachtungswerth als Verbandmaterial ist, jedenfalls aber vor der Anwendung erst einer Bearbeitung unterzogen werden müsste.

A. W. Jakobsohn: Ueber die Wundbehandlung im Kriege. (Ibid. August).

A. Kadjan: Bericht über die Thätigkeit der chirurg. Abtheilung des Landschaftshospitals zu Ssimbirsk für das Jahr 1886. (Chir. Westn. Mai—August).

Ketlinski: Zwei Fälle von Sectio alta. (Med. Obsr. № 20)

A. G. Koreski: Die Aetiologie des Krebses überhaupt; das Carcinoma recti, Aufgaben und Grenzen der operativen Behandlung desselben (nebst Literaturverzeichniss). (Prakt. Med. № 5 und 6).

L. Lewschin: Ueber die zur Zeit üblichen Wund-Verbandmethoden. (Wojenn. Med. Sh. Juni und ff.).

N. M. Ljubimow: Ein Fall von kryptogener Septicämie, (Dnew. Kas. Ob. № 13—18).

A. Minin: Bericht über die chirurg. Abtheilung des verstärkten Hospitals des finländischen Leib-Garde-Regiments für das Jahr 1887. (Chir. Westn. März—April).

N. Monastyrski: Zur Frage von der chirurg. Behandlung vollständiger Undurchgängigkeit des Ductus choledochus. (Ibid. Mai-Juni).

Derselbe: Zur Frage der Genese cystischer Geschwülste im Unterkiefer. Mit 4 Abbild. (Ibid. Juli-August).

G. Nadeshdin: Materialien zur Würdigung der Sectio mediana nach D a l t e a u - A l l a r t o n. (Ibid. Januar bis August).

A. Nedswedski: Zur Frage von der Blasennaht beim hohen Steinschnitt. (Ibid. Mai-Juni).

Sachs: Ein Fall von spontaner, multipler, acuter Osteomyelitis. (Med. Obsr. № 20).

S. Schalita: Ein Fall von multipler Osteomyelitis. (Chir. Westn. Januar).

P. Shirnow: Ein veralteter Fall von Luxation des Olecranon nach vorne und innen. (Ibid. Mai-Juni).

J. Siemacki: Einige Bemerkungen zur Methode der Sequestrotomie am Unterkiefer mit Erhaltung der Zähne. (Ibid. Januar).

W. Stolypinski: Laparotomie bei einer Neugeborenen. (Dnew. Kas. Ob. № 7—8).

N. Studenski: Die Gelenkausspülung bei serösen und eitrigen Ergüssen. (Chir. Westn. März-April.)

Derselbe: Einspritzung von L u g o l'scher Lösung in das Parenchym des Kropfes. (Ibidem).

Derselbe: Injection von Liqu. ferr. sesquichlor. in einen cavernösen Tumor. (Ibidem).

N. Weljaminow und *W. Tile*: Bericht über die chirurg. Abtheilung des Kriegs-Hospitals zu Krassnoje-Sselo während der Lagerzeit 1887. (Ibid. März-April und Juli-Aug.).

Janiszewski: Untersuchungen über die neue Methode der Wundbehandlung unter dem feuchten Blutschorfe ohne Verbandwechsel, ausgeführt im Hospital St. Jean in Lublin. (Gaz. lek. № 44).

Jasinski: Ueber die Luxatio genu congenita. (Ibid. № 43).

Obalinski: Ueber Laparotomie bei Darmeinklemmung. (Prz. lek. № 39).

Przewoski: Ein Todesfall durch Choc. (Gaz. lek. № 44).

Sysak: Beitrag zur Behandlung des Erysipels. (Prz. lek. № 14.)

Trzebicky: Beitrag zur Resection der Struma. (Ibid. № 13).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

Bechterew und *Mislawski*: Centrum im Gehirn für die Bewegung der Blase (Arch. Psich. XII, 2).

Buchalow: Ueber die Bedingungen beim Zustandekommen von Temperaturempfindungen. (Ibid. XII, 1).

Iwanow: Zwei Fälle von aufsteigender Rückenmarksentzündung. (Jesh. Kl. Gas. № 19 und 20). cf. diese Wochenschr. № 46.

P. J. Kowalewski: Zur Lehre vom Myxödem. (Arch. Psich. XII, 1).

Muchin: Neurasthenie und Degeneration. (Ibidem).

L. W. Orlow: Zur Frage der Actinomycose des Gehirns und seiner Häute. (Wr. № 41 sq.).

J. J. Sawolshskaja: Die Hysterie der Männer und Kinder (nebst Literaturverzeichniss). (Prakt. Med. № 5 und 6).

Sserbski: Die in der Tambow'schen Irrenanstalt 1886 auf ihren Geisteszustand Geprüften. (Arch. Psich. XII, 2).

Ssokolow: Die Eigenartigkeit des Nervensystems der Neugeborenen. (Jesh. Kl. Gas. № 27 und 28).

W. W. Ssokolow: Materialien zur pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. (Arch. Psich. XII, 1).

Teljnichin: Gegenwart und erwünschte Zukunft der Fürsorge für die Irren und deren Behandlung in Ssaratow. (Ibid. XII, 2).

Tronow: Paralysis agitans. (Ibidem).

Derselbe: Psychiatrisch-forensischer Fall. (Ibid. XII, 1).

Adamkiewicz: Ueber die primäre Degeneration des Rückenmarkes, die sogenannte *Sclerosis disseminata* und deren klinische Erscheinungen. (Prz. lek. № 13).

Dunin: Ueber die umschriebene (partielle?) Epilepsie ohne Veränderungen im Gehirne und einige Bemerkungen über die Urämie. (Gaz. lek. № 41).

Goldflam: Ueber die Verschiedenheiten der Kniereflexe bei Tabes dorsalis. (Prz. lek. № 35).

Misiewicz: Die Reflexneurosen, hervorgerufen durch Erkrankung der Harnröhre. (Ibid. № 38).

Hautkrankheiten.

A. J. Kasanli: Zur Frage der Entwickelung und Aetiologie der Alopecia areata. (Wr. № 39).

Venerische Krankheiten. Prostitution.

J. P. Reschetnikow: Theorie der Quecksilberwirkung bei Syphilis und über die Behandlung derselben mittelst intramusculärer Injectionen von Hydrargyrum oxydatum flavum. — St. Petersburg 1888.

J. M. Achun: Bericht über die venerische Abtheilung des Tifliser Militärhospitals für das Jahr 1886. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 46).

Lanz: Neuer Irrigationscatheter für die Harnröhre. (Med. Obrs. 19).

Kinder-Krankheiten und Hygiene.

Bericht über das Kinderhospital der heil. Olga in Moskau für das Jahr 1887. — Moskau 1888.

Gundobin: Zur Aetiologie der schwarzen Zunge bei Kindern. (Med. Ob. № 19).

Jakubowitsch: Die langdauernde Form der Diphtherie und die Perichondritis laryngis bei Kindern. (Jesh. Kl. Gas. № 21 und 22).

Augen- und Ohrenkrankheiten.

E. W. Adamük: Bezüglich des Artikels von M. J. R e i c h «Ueber die Anfangs- und Mittelstadien der folliculären Conjunctivitis (Trachom). (Wr. № 39).

S. Aristow: Trachom bei den Soldaten des 53. Wolhynischen Inf.-Regiments in den Jahren 1881—85. (Wojenn. Med. Sh. Juni—Sept.). Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Trachom ist eine Krankheit sui generis, die von einem specifischen Contagium abhängt und durch dasselbe allein bedingt wird. 2) Der Charakter der Wohnung hat Bedeutung für die Entwickelung des Trachoms, insoweit dieselbe durch die Berührung gesunder Soldaten mit kranken begünstigt wird. 3) Weder die Beschäftigung noch die Nahrung der Untermilitärs hat Bedeutung für die Entwickelung des Trachoms. 4) Trockenes und staubiges Wetter begünstigt die Entwickelung von Trachom unter der Bedingung der Anwesenheit von Trachomatösen im Truppentheil. 5) Das Misstrauen der Officiere gegen die zum Zweck der Verhütung von Trachom-Erkrankungen vorzunehmenden Maassregeln spielt nicht die letzte Rolle bei der Verbreitung dieser Krankheit. Zur Verbreitung der Krankheit macht Verf. Vorschläge, die theilweise kaum praktisch annehmbar sind; z. B. Bildung von besonderen Compagnien Trachomatöser in den betr. Truppentheilen, die mit den anderen Soldaten keine Communication haben etc.

Heymann: Ueber die Perforation des Trommelfelles. (Wojenn. Med. Sh. Juni und ff.).

N. J. Lunin: Die Resultate der Untersuchungen des Gehörorgans bei Kindern schulpflichtigen Alters (Wr. № 41 sq.). Ref. folgt.

Heiman: Ein Fall von Exostose des äusseren Gehörganges. Entfernung derselben auf operativem Wege. Genesung. (Med. № 35).

Kramsztyk: Pincette zum Auspressen der Trachomkörner aus dem Conjunctivalsacke. (Prz. lek. № 38).

Rumszewicz: Ein Fall von Hypertrophie der Semilunarfalte der Bindehaut des Auges. (Ibid. № 37).

Sroczynski: Jahresbericht über die Krankenbewegung in

der Augen-Abtheilung des Lazarus-Hospitals in Krakau vom Jahre 1887—1888. (Ibidem).

Kehlkopf- und Nasen-Krankheiten.

Bojew: Ein Fall von Rhinosklerom. (Med. Obsr. № 20).

Gurowitsch: Ueber die schweren Formen der acuten Laryngitiden. (Wojenn. Med. Sh. August).

Nikiforow: Ueber den Mikroorganismus bei Rhinosklerom. (Med. Obsr. № 20).

Pawlow: Ein Fall von Rhinosklerom (?) der Nase, des Rachens und Oberarms. (Ibidem).

[illegible]: Ueber Impfungen mit Rhinosklerom. (Ibidem).

Derselbe: Ein Fall von Rhinosklerom. (Ibidem).

Obtulowicz: Ueber die neue «acute, infectiöse erysipeloide Pharynxentzündung von Senator». (Prz. lek. № 12).

Sokolowski: Ueber die Heilbarkeit und locale Behandlung der sogenannten Larynxphthise. (Ibid. № 38).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

W. A. Stolypinski: Medicinischer Bericht der geburtshülflichen Klinik des Prof. N. P. Fenomenow der Universität Kasan vom October 1887 bis zum Mai 1888. — Kasan 1888.

G. M. Wosdwishinski und *W. W. Sutugin*: Medicinischer Bericht der Gebäranstalt des Moskauer Findelhauses für das Jahr 1887. — Moskau 1888.

Kossorotow: Zur Casuistik der Erkrankungen nach der Geburt. (Med. Obsr. № 19).

R. Milbrett-Damskaja: Ein Fall von vollständigem Defectus uteri mit Entwickelungsmangel der Scheide. (Wr. № 39).

Braun: Ein Fall von Retroflexion und Incarceration des Uterus durch ein submucöses Fibrom. Ausschälung des Fibroms. Heilung. (Prz. lek. № 39).

Jawdynski: Ein Fall vom Exstirpation des Uterus in Folge von Berstung desselben bei der Geburt. (Gaz. lek. № 42—43).

Matlakowski: 25 Fälle von Laparotomie bei nicht entzündlichen Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. (Ibid. № 44).

Stroynowski: Die Anwendung der Massage bei Frauenkrankheiten, besonders beim totalen Uterusvorfall nach der Methode Thure Brandt's. (Ibid. № 37).

Arzneimittellehre. Toxikologie.

J. Archarow: Der Einfluss des Antipyrins auf Gasaustausch und Wärmebildung bei fiebernden und normalen Thieren. Vorläufige Mittheilung. (Wr. № 41).

Bernatski: Die Abhängigkeit der Wirkungen der antiseptischen Mittel von der Menge der Fermente. (Jesh. Kl. Gas. № 20).

M. Blumenau: Strophanthus Kombé, nebst Literaturverzeichniss. (Prakt. Med. № 8 und 9).

Derselbe: Acetphenetidin, nebst Literaturverzeichniss. (Ibid.).

Derselbe: Sulfonal, nebst Literaturverzeichniss. (Ibidem).

M. N. Panow: Ueber die Anwendung des chlorsauren Kali an Stelle des mangansauren Kali bei der Kjehdahl-Borodin'schen Methode. (Wr. № 40).

W. J. Podanowski: Zur Pharmakologie des Antifebrins. (Wojenn. Med. Sh. September).

Ssokolow: Die Wirkung der Radix apocyni connabini auf Herz und Gefässsystem. (Jesh. Kl. Gas. № 25 und 26).

Bieganski: Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Salols. (Med. № 24)

Modrzejewski: Ein Fall von Vergiftung mit Cocainum muriaticum. (Gaz. lek. № 41).

Rerkowski: Ueber locale Anaesthesie und über anaesthesirende Mittel. (Med. № 35).

Szadek: Beitrag zur Casuistik der Bromexantheme. (Prz. lek. № 12).

Balneologie, Elektrotherapie u. a. physikal. Heilmethoden.

P. G. Basarow: Bericht über die Behandlung der Syphilis in den Mineralwässern von Abas-Tuman. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 47.)

N. A. Chudadow: Klimatologie von Batum als einer Winterstation für Kranke. (Ibid. № 46.)

A. Tretjakow: Analyse der Kurjinschen Mineralwässer (Курьинскія). (Dnew. Kas. Ob. № 1.)

A. Tschirkow: Ueber einige Eigenschaften der Wasser von Wetluga. (Ibid. № 2—3.)

Militair- und Schiffsmedicin.

A. Bornhardt: Ueber die Möglichkeit, die Beschaffenheit des Körpers in Zahlen auszudrücken. (Wojenn. Sanit. D. № 42.)

J. W. Grimm: Die Nothwendigkeit einer Specialbildung für Aerzte zum Zwecke militärärztlicher Thätigkeit. (Trud. Wojenn. Sanit. Ob. St. Ptbg. 1887/88 № 2.)

G. M. Herzenstein: Die physischen Eigenschaften der russischen Rekruten. (Ibid.)

A. W. Jakobson: Kriegs-chirurgische Beobachtungen an der kaukasisch-türkischen Grenze, während des Jahres 1877 bis 1878. (Wojenn. Med. Sh., Juni.)

A W. Jelissejew: Der Türke als kriegstüchtiges Element. (Trud. Wojenn. Sanit. Ob. St. Ptbg. 1887/88, № 2.)

A. J. Kasanli: Vier Monate in der Abtheilung der Russ. Gesellsch. des Rothen Kreuzes in Serbien. (Wojenn. Med. Sh., Juli—August.)

A. Leontowitsch: Ueber den Kohlensäuregehalt der Luft in Zelten. (Ibid.) Verf. kommt zum Schluss, dass die Luft in den Zelten nur gut ist bei klarem Wetter, falls die eine Seitenwand oder auch einige Seiten frei gemacht sind; bei Regenwetter, wenn die Leinwand nass geworden ist, verdirbt die Luft sehr rasch, in geschlossenen Zelten sogar, wenn keine Menschen im Raume sind.

J. M. Schmulewitsch: Bemerkungen betreffs der Hospitalportionen. (Trud. Wojenn. Sanit. Ob. St. Ptbg. 1887/88, № 2.)

W. Solnzew: Die Speiseconserven für die Armee: Fleisch- und Fleisch-Gemüse-Conserven, ihre chemische Zusammensetzung und die Verdaulichkeit des Fleisches. (Wojenn. Med. Sh., Sept.)

Staatsarzneikunde.

P. M. Blumberg: Versuch einer gerichtlichen Medicin der Körperverletzungen vom Standpuncte der Russ. Gesetzgebung. (Med. Sb. Kawk. Ob. № 46.)

Hygiene.

J. Spasski: Studien über den Einfluss einiger Arbeiten der Ishewskischen Büchsenschmiede auf ihre Gesundheit und ihre physische Entwickelung. Diss. St. Petersburg 1888.

E. E. Eichwald: Zur Frage der Verminderung der Sterblichkeit in Russland (mit 4 chromolithogr. Karten und 2 Diagrammen). (Prakt. Med. № 7.)

Derselbe: Kritische Beilagen zur Abhandlung: «Zur Frage der Verminderung der Sterblichkeit in Russland. (Ibid. № 8 und 9.)

M. M. Kolokolow: Die mittelst qualitativer bacterioskopischer Analyse untersuchten Gewässer St. Petersburgs. (Wojenn. Med. Sh., Sept.)

W. W. Swjatlowski: Material zur Frage der Verletzungen auf unseren Fabriken. (Ibid.)

Epidemien (Endemien), Epizootien. Infection durch Thiergifte.

Bericht über den Verlauf der Infectionskrankheiten im Moskauer Gouvernement im August 1888.

Jul. Knoch: Ein Fall von Hundswuth, bestätigt durch gerichtlich-medicinische Autopsie. (Wojenn. Med. Sh., Sept.)

N. A. Protopopow: Zur Frage der Vaccination der Hunde gegen Hundswuth. (Wr. № 41 seq.)

Bujwid: Die Resultate der therapeutischen Anwendung der Pasteur'schen präventiven Impfmethode in Warschau. (Prz. lek. № 38.)

Obtulowicz: Einige Bemerkungen über die Epidemien des Flecktyphus und über die Verbreitungsart dieser Infection (Ibid. № 35.)

Statistik. Medicinische Geographie u. Topographie.

E. E. Eichwald: Ueber die Sterblichkeitstabellen in Russland. (Wr. № 40.)

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. December 1888.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 22. November 1888.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge und der Abonnements auf die «St. Petersb. Medicinische Wochenschrift».

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

„ЗЕМСКІЙ ВРАЧЪ",

ПОСВЯЩЕННАЯ ВОПРОСАМЪ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ,

БУДЕТЪ ВЫХОДИТЬ ВЪ Г. ЧЕРНИГОВѢ ТАКЖЕ И ВЪ 1889 году.

Въ программу «Земскаго Врача» входятъ:

1. Статьи по общимъ вопросамъ земской медицины, по медицинской статистикѣ, медико-топографическіе очерки.
2. Казуистика. Оригинальныя и переводныя статьи по вопросамъ предупрежденія и леченія эпидемическихъ болѣзней.
3. Въ видѣ приложеній—популярныя статьи по вопросамъ гигіены, профилактики и бактеріологіи.
4. Рефераты. Хроника. Смѣсь. Корреспонденціи. Объявленія.

Земскимъ Управамъ и Земскимъ Врачамъ разсылаются подробныя объявленія и программа изданія.

Подписная цѣна: на годъ—9 р., на полгода — 4 р. 50 к. съ доставкой и пересылкой. Для фельдшеровъ—на годъ 6 р., на полгода — 3 рубля.

Подписка принимается: г. Черниговъ, д-ру Евгенію Владиміровичу Святловскому.

Редакторъ-Издатель Д-ръ **Е. Святловскій.**

Die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg übernimmt Abonnements auf die:

«Bibliotheca medico-chirurgica»

oder vierteljährige systematisch geordnete Uebersicht aller in Deutschland und dem Auslande neu erscheinenden medicinischen Schriften, Journal-Aufsätze etc. Jährlich 4 Hefte 3 Rbl. 60 Kop. mit Uebersendung 4 Rbl.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE.

Natürliches abführendes Bitterwasser, wirkt nach den vorliegenden Gutachten der ersten ärztlichen Autoritäten

mild, zuverlässig, prompt und ohne nachtheilige Folgeübel.

Als Normal-Dosis genügt ein halbes Wasserglas voll.

Verkauf überall.

118 (3) **DIRECTION IN BUDAPEST.**

PAPIER RIGOLLOT

Senf in Blättern als Senfpflaster.

Adoptirt von den Hospitälern aller Länder.

DAS EINZIGE SENFPFLASTER, WELCHES ZUR EINFÜHRUNG DURCH DAS RUSSISCHE MEDICINAL-DEPARTEMENT AUTORISIRT.

P. RIGOLLOT erfand das Mittel den Senf auf Papier zu fixiren ohne dessen Kraft zu alteriren; hiermit leistete er einen grossen Dienst der Heilkunst.

Wird in allen Pharmacien verkauft.

Jedes Blatt trägt nebenstehende Unterschrift mit rother Tinte.

Bitte diese Unterschrift zu reclamiren um nicht Contrifacons zu erhalten.

P. Rigollot

Depôt générale: 24 Avenue Victoria, Paris.

Medico-mechanisches INSTITUT

von Dr. **W. Djakoffsky & C°.**

St. Petersburg, Kasanskaja 3.

Aerztliche und **diätetische Gymnastik** (nach dem mechanischen System des Dr. Zander in Stockholm). **Massage.**

Orthopaedische Behandlung der Rückgratsverkrümmungen und anderer Deformitäten. 109 (9)

Empfang **täglich** von 10—4 Uhr.

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Kasanskaja Str., Haus № 3 Magazin 6/7.

Central-Dépot von Verband-Waaren.

Verband-Watten, Jute, Schiffsthau, Marly und Binden etc.

Sämmtliche Präparate: Jodof., Sublim., Carbol., Salicyl. etc.

Bandagen und sämmtliche chirurgische und Gummi-Artikel.

Thermometer, Spritzen, Irrigatore, Pulverisatore, Wachstuch etc. 6 (31)

Curort **SALZBRUNN,** Schlesien.

Cursaison vom 1. Mai bis Ende September.

☛ OBERBRUNNEN ☚

(seit **1601** medicinisch bekannte alkalische Quelle **ersten Ranges.**)

Ausgezeichnet durch **Wohlgeschmack** und **Haltbarkeit.** Gegen Erkrankungen der **Lungen,** des **Halses,** der **Harnorgane, Gicht** etc. —

Versand zu jeder Jahreszeit durch **Furbach & Strieboll.** 10 (3)

Salzbrunn i. Schl.




☛ Zu haben in allen Droguen-, Wein- und Frucht-Handlungen, Hotels und Restaurants. 8 (1)

Blooker's reiner Cacao

KOMMT PER TASSE NUR 4 K.

Augenblickliche Zubereitung auch in der Tasse. Zu haben in allen grösseren Colonialwaaren- und Droguenhandlungen in Blechdosen von 1/1, 1/2, 1/4 und 1/8 Kilo Netto Gewicht. Fabrikanten **J. & C. Blooker,** AMSTERDAM. Haupt-Depot für Russland bei der Firma **„JAVA"**, St. Petersburg, Grosse Morskaja Nr. 40.

Für Reconvalescenten und Kinder zu empfehlen als

ein nahrhaftes Getränk.

Дозв. ценз. Спб. 18. Ноября 1888 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Типографія «Петерб. газ.», Владимірскій просп. № 12

Russische und polnische Medicinische Bibliographie
der
St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

№ 12. DECEMBER 1888

Allgemeine Literatur, Geschichte, Journale, Sammelwerke.

K. W. Towstizki: Ueber den Zustand der Landschaftsmedicin und die Volksgesundheit im Kreise Ananjew des Gouvernements Charkow im Jahre 1887. — Ananjew 1888.

Anatomie, Physiologie, Entwicklungsgeschichte, Vergleichende Anatomie, Missbildungen etc.

W. Serenin: Die Bedeutung der Paukenhöhle bei Neugeborenen und Brustkindern. Dissert. — Moskau 1888.

Keldysch: Die vicarirende Thätigkeit der Haut. (Russ. Med. № 13).

Stud. *M. Nemser*: Ueber den Einfluss der Hydrämie auf den Gaswechsel bei Kaninchen. Aus dem Laboratorium des Prof. Tarchanow. (Ibid. № 11).

A. E. Schtscherbak: Ueber eine kleine Modification des Kjehdahl-Borodin'schen Verfahrens zur Bestimmung des Stickstoffs organischer Substanzen. (Wr. № 42).

Medicinische Chemie, Physik, Botanik etc. (Pilzlehre, Parasiten.)

N. S. Sasjadko: Ueber die Bacterie des blaugrünen Eiters und ihre pathogenen Eigenschaften — Kiew 1888.

W. Ignatjew: Die Neelsen'sche Methode zur Färbung der Tuberkelbacillen. (Russ. Med. № 13).

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

M. W. Lunkewitsch: Bericht des anatomischen Theaters des Michailowschen Krankenhauses in Tiflis für das Jahr 1887. — Tiflis 1888.

J. N. Grammatikati: Experimentelle Data bezüglich des weiteren Schicksals der Ovarien nach vollständiger Exstirpation des Uterus bei Kaninchen. (Wr. № 44 sq.).

Kramarenko: Mangel der Bauchwand bei einem Neugeborenen. (Russ. Med. № 13).

A. M. Lewin: Beobachtungen über den Phosphorstoffwechsel bei Phthisischen. (Wr. № 44).

Innere Medicin

A. Dochmann: Die Peptonurie. (Russ. Med. № 16).

L. Hinterhof: Naphthalin bei Dysenterie (Ibidem № 21). Verf. hat nach dem Gebrauch von Chinin innerlich und Naphthalini pur. 1,0 auf Aq. dest. 60,0. welches er zu zwei Clystieren verwandte, schnelle Besserung der Tenesmen und Schmerzen gesehen.

J. Kahan: Ueber das Verhalten der Blutgefässe eines blutarmen Organismus zu der in dieselben eingegossenen indifferenten Flüssigkeit und über die Wirkung der letzteren bei acuter Anämie. (Ibid. № 17—20).

N. Petrow: Zur Lehre von der Aktinomycose. Aus dem pathol.-anatom. Laboratorium der Kasan'schen Universität. (Ibid. № 12).

A. Schachowskoi: Zur Behandlung des bösartigen Scharlachs. (Ibid. № 20). Verf. hat mit gutem Erfolge Salicylsäure oder salicylsaures Natron in kleinen, aber stündlich wiederholten Dosen bei bösartigem Scharlach angewendet.

J. Troizki: Meningitische Zufälle bei einem Kinde, hervorgerufen durch Ascariden. (Ibid. № 15).

A. J. Woskressenski: Zur Frage der Bedeutung der athmosphärischen Erscheinungen für die Aetiologie der croupösen Pneumonie. (Wojenn. Ssanit. D. № 43 und 44).

Chirurgie.

N. J. Studenski: Die operative Chirurgie. Vorlesungen an der Universität — Kasan 1888.

A. Bobrow: Chloroformtodesfall. (Letop. Chir. Ob. M. № 7 und 9).

Gruschewski: 5 Fälle von Darmverschliessung. (Russ. Med. № 21).

N. Kisselew: Hydronephrose und Nephrectomie. (Letop. Chir. Ob. M. № 6 und 7).

G. Mjassnikow: Zur Casuistik der perforirenden Bauchwunden. Dolchwunde. (Ibid. № 10 und 11).

J. J. Nassilow: Ueber die Anwendung heisser Compressen in der chirurgischen Praxis. (Wr. № 42). Ref. folgt.

J. Polissadow: Ein Fall von Amputation des Unterschenkels im oberen Drittel mit günstigem Ausgange. (Russ. Med. № 22).

M. Schurinow: Ein Fall von Myxosarcom der Niere. (Letop. Chir. Ob. M. № 12 und 13).

K. Sprenshin: Ein Fall von Lymphoma malignum. (Russ. Med. № 22).

J. Ssaryczew: Darmresection bei Herniotomie. (Letop. Chir. Ob. M. № 6).

Derselbe: Ueber Entfernung von Fremdkörpern aus dem Rachen und Oesophagus. (Ibid. № 10 und 11).

J. P Sseliwanow: Aus der Landschaftspraxis. (Wr. № 44). Ein Fall von schwerer Maschinenverletzung der Genitalien eines Mannes.

Tronow: Ueber die conservativ-exspectative Behandlung der Gelenkwunden. (Russ. Med. № 20).

A. Winogradow: Eine originelle Indication für die Laparotomie. (Ibid. № 21).

B. Zischkowski: Zur operativen Behandlung der Pleuritis. (Ibid. № 14).

Zitrin: Ein Fall von Abscess der Bauchwand, hervorgerufen durch den Baunscheidtismus. (Ibid. № 15).

Derselbe: Ein Fall von penetrirender Bauchwunde. (Ibid. № 19).

Nerven- und Geisteskrankheiten. Irrenwesen.

B Werigo: Zur Frage der Wirkungen des galvanischen unterbrochenen und constanten Stromes auf die Nerven. Dissert. — St. Petersburg 1888.

B. S. Greidenberg: Zur Casuistik der Hysterie des Mannes. Hysterie und Paralysis agitans. (Wr. № 44).

Laschkewitsch: Neuritis multiplex chronica luetischen Ursprungs. (Russ. Med. № 16).

K. Sprenshin: Ein Fall von Glio-sarcoma cerebri. (Ibid. № 20).

W. Tichomirow: 2 Fälle von Epilepsie und Hysterie. (Ib. № 12).

W. E. Tschish: Ueber die Fürsorge für die Geisteskranken in Russland. (West. Sud. Med. II).

A. Woskressenski: Ein Fall von Aphasie. (Russ. Med. № 13)

Hautkrankheiten.

Stud. *J. Koslow*: Neuropathologische Erscheinungen in zwei Fällen von Psoriasis. Aus der Klinik des Prof. Polotebnow. (Russ. Med. № 15 und 16).

N. Speranski: Ein seltener Fall von Localisation der Psoriasis. (Ibid. № 18).

J. Reutski: Zur Aetiologie des Eczems. (Ibid. № 19).

N. Woskressenski (Merw): Zur Aetiologie und Behandlung des Pendhe-Geschwürs. (Ibid. № 15—18).

Venerische Krankheiten. Prostitution.

W A. Kobylin: Zur Lehre von den Gesetzen des Verlaufes der condylomat. Periode der Syphilis und der Anwendung des binomischen Lehrsatzes (Newton) auf dieselben. (West. Sud. Med. II).

Augen- und Ohrenkrankheiten.

E. Mandelstamm: Klinische Vorträge. Heft I (198 S. mit 55 Zeichnungen im Texte und 2 Chromolit.). Enthält: Untersuchungsmethoden des Auges und allgemeine Therapie, sowie die Bindehauterkrankungen. — Moskau 1888.

A. Chodin: Ueber Retinoskopie. Eine kurze Beschreibung der Technik dieser Art der Refractionsbestimmung. (Westn. Oft. Chod. Juli—October).

F. O. Ewezki (Moskau): Eine seltene angeborene Anomalie des Augenhintergrundes eines 11 a. n. Mädchens. Wohl fibröse Reste der Arter. hyaloidea. (Ibid. October).

J. S. Felser: Zur Frage der Mikroorganismen und der Antiseptik des Conjunctivalsackes. (Wr. № 43 sq.).

L. G. Hehne (Warschau): 1. Ein Fall von Amblyopia nicotiana. Es fand sich ein eigenthümlicher Befund an der Stelle der Macula lutea des linken Auges. Anamnese, sowie die Functionsprüfung veranlassen auch erstgenannte Veränderung als durch die Intoxication bedingt aufzufassen. 2. Strab. bei Nystagmus rotat. und Choroidit. centr. bei einem Artilleristen. (Westn. Oft. Chod. Juli—Oct.).

M. B. Kohan (Tschernigow): Zur Ektropiumoperation

des oberen Lides. Eine Combination der Crampton'schen und Graefe'schen Operation nebst einigen Aenderungen in der Schnittführung und Naht. Bisher 22 Fälle darnach operirt. (Ibidem).

S. N. Loshetschnikow (Moskau): Noch einige Worte über Jequiriti. Angewandt bei parenchymatöser Keratitis besserte sich das Sehvermögen sehr wenig; die zur Zeit des Beginnes der Cur normale Conjunctiva zeigte später Narbenveränderung. Die Jequiritibehandlung provocirte Dacryocystitis. Bei Trachom soll es nützlich gewesen sein durch Abkürzung des Krankheitsprocesses und Klärung des Pannus. Er brauchte 5% kalt bereiteten, nicht filtrirten Aufguss von 6 Stunden. (Ibidem).

Derselbe: Drei Fälle von Glaucom aphakischer Augen. Im ersten Falle Extraction mit Iridectomie am 30. Mai 1883, stellte sich am 18. März 1885 mit absolutem Glaucom vor. Die Extractionsnarbe cystoid. Laut Angabe der Pat. hat das Auge 7 Monate lang gut gesehen und ist dann in wenigen Tagen unter Schmerz und Entzündung erblindet. Zweiter Fall: Rechts Glaucoma absolutum, links Cataracta senil. Extraction 15. Febr. 1885. Lappenschnitt ohne Iridectomie. Am 24. Mai 85 Glaucoma acutum oc. sinistri. Iridectomie. Dritter Fall: Febr. 1877. Extraction mit Iridectomie. Bis 1887 will Pat. mit beiden Augen gut gesehen haben, dann allmäliger Verfall des Sehvermögens. 21. März 1888 Glaucoma chronic. auf beiden Augen. Links auf dem extrahirten Auge stärker als rechts. (Ibidem).

Neustab: Hemicrania ophthalmica. Ein Fall. (Russ. Med. № 14).

H. Rodsewitsch: Ein seltener Fall von Verbrennung der Cornea durch eine Coiffeurzange. (Ibid. № 20).

K. Rumschewitsch (Kiew): Ein Fall von Hypertrophie der Plica semilunaris. Der Tumor war 1 Ctm. lang, 6 Mm. breit und 2 Mm. dick. Die mikroskopische Untersuchung ergab mehrschichtiges Pflasterepithel, grobmaschiges Bindegewebe mit zahlreichen lymphoiden Elementen und spärliche Blutgefässe. (Westn. Oft. Chod. Juli—Oct.).

Derselbe: Einige Fälle von normalem Sehvermögen bei ophthalmoskopisch nachgewiesener vollkommener Atrophie der Sehnerven. (Russ. Med. № 11).

S. Segal: Veränderungen der Pupillen in pathologischen Fällen. (Charkow'sche Ophth. Klinik). (Ibid. № 14 und 15).

Sserebrennikowa (Perm): Bericht über die Augenkranken des Perm'schen Gouvernementshospitals für das Jahr 1887. 2523 Kranke, darunter 509 stationär verpflegt. Erkrankungen der Bindehaut 42,09% (darunter 15% Trachom), der Hornhaut 20,5%, Refractionen 10,4%, Lider 5,1%, Linse 5,1%, Sehnerv 3,5%, Thränenableitungswege 2,8%, Augapfel 2.2%, Regenbogenhaut 1,9%, Glaucom 1,3%, Verletzungen 0,5%, Muskelapparat 0,5% und Diversa. Operationen: Cataractextractionen 135, Iridectomien 95, Staphylomoperationen 11, Schieloperationen 12, Enucleationen 3, Entropium nach Snellen-Hotz (St. Petersburger Methode) 143 und diverse Operationen — in Summa 462 Operationen. Ambulant wurden noch 140 Operationen ausgeführt: Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lidoperationen etc. (Westn. Oft. Chod. Juli—Oct.).

Geburtshülfe, Gynäkologie.

Wissenschaftliche Discussionen der Aerzte des Transkaukasischen Gebärhauses. Jahrgang III. — Tiflis 1888.

Burkow: Ein Fall von Hämatom der linken grossen Schamlefze und der Scheide. (Russ. Med. № 14).

W. Orlow: Ein Fall von Perforation des Kindskopfs und Extraction der Frucht durch einfache Handgriffe. (Ibid. № 17).

H. Rodsewitsch: Ueber die Abortivmittel im Volke. (Ibid. № 20).

A. J. Samschin: Zur Casuistik des Vorkommens von Fibrom des Uteruskörpers gleichzeitig mit Carcinom des Cervix. (Wr. № 43 sq.).

N. Sklifassowski: Was thut man bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren? (Letop. Chir. Ob. M. № 12 u. 13).

R. Ssinaiski: Ein Fall von unstillbarem Erbrechen in der Schwangerschaft. (Russ. Med. № 17). Verf. vertritt die Ansicht, dass bei unstillbarem Erbrechen Schwangerer — falls die Anwendung therapeutischer Mittel nicht hilft — mit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht gezögert werden darf.

W. Ssutugin: Kaiserschnitt bei bedingter Indication. (Letop. Chir. Ob. M. № 12 und 13).

J. Woskressenski: Prolapsus uteri mit nachfolgendem Brand. Operative Entfernung der Gebärmutter per vias naturales. (Russ. Med. № 22).

Militair- und Schiffsmedicin.

J. Archarow: Zur Frage der Verunreinigung des Bodens im Lager und Hospital in Krassnoje-Sselo. (Wojenn. Ssanit. D. № 43 und 44).

Provisor *Grshibowski*: Das Apothekenwesen im Militär-Medicinal-Ressort. (Ibid. № 45).

Staatsarzneikunde.

N. Protassow: Ueber den Unterschied der intravitalen und postmortalen Sugillationen. (West. Sud. Med. II).

Hygiene.

Zur Frage des Gesundheitszustandes der Stadt Orel. Sammelwerk, herausgegeben von der Gesellsch. der Orel'schen Aerzte. — Orel 1888.

D. Bashanow: Ueber den Sanitätszustand des Kreises Gorodnja im Gouv. Tschernigow. (Russ. Med. № 12—14).

S. F. Bubnow: Die sanitäre Bedeutung arsenhaltiger Beize bei baumwollenen Zeugen. (Sbor. rab. gigien. lab. Mosk. univer. Lief. II). Durch die chemische Untersuchung verschiedenfarbiger gemusterter Baumwollenzeuge, zu deren Herstellung arsenhaltige Beize benutzt wird, wurde festgestellt, dass der Arsengehalt neuer Stoffe so gering ist, dass er nicht gesundheitsschädlich wirkt und nach jeder Wäsche noch geringer wird. Es bezieht sich das aber nur auf die bei der Kattundruckerei verwendeten Beizen, während die hellgrün gefärbten leichten Stoffe wie Musselin, Organit, Tarlatan bedeutende Mengen Arsen enthalten und bei der Verarbeitung wie beim Tragen gesundheitsgefährlich wirken.

Derselbe: Zur Frage vom Durchtritt des chemisch wirkenden Sonnenstrahles durch Gewebe, die zur menschlichen Kleidung dienen. (Ibidem).

Derselbe: Trockene Destillation des Staubes. Zur Frage von der gesundheitsgemässen Beheizung von Wohnräumen. (Ibidem). Die Klagen über Trockenheit der Luft in Wohnräumen mit Luftheizung haben ihren Grund weniger in dem geringeren Feuchtigkeitsgehalt der Luft, als in dem Entstehen von Producten der trockenen Destillation des Staubes auf den Kaloriferen, die bereits bei Erhitzung auf 70° C. beginnt und bei höheren Temperaturen und längerer Dauer entsprechend gesteigert wird. Daher rührt auch die Vorliebe für Kachelöfen, die nicht höher als 65° C. erwärmt werden. — Sorgfältige Reinigung der Kaloriferen von Staub und Erhitzen derselben nicht über 70° C. sollen dem Uebelstande bei Luftheizung abhelfen.

F. F. Erismann und *S. F. Bubnow*: Controlle des Heiz- und Ventilationssystems in der psychiatrischen Klinik der Moskauer Universität. (Ibidem).

W. E. Ignatjew: Material zur Epidemiologie und Aetiologie der croupösen Lungenentzündung. (Ibidem).

W. E. Ignatjew: Einige Daten zur sanitären Würdigung der Luft von Schulräumen in bacteriologischer Hinsicht. (Ibidem). In den Classen- und Schlafräumen des 1. und 5. classischen Gymnasiums und der Komissarow'schen technischen Schule in Moskau wurde bei bacteriologischer Untersuchung der Luft gefunden: die grösste Zahl der Colonien vor Beginn der Lehrstunden, nach der grossen Zwischenstunde und bei Entlassung der Schüler — in den Schlafräumen während des Ankleidens. Erklärt wird die Erscheinung durch die lebhaftere Bewegung des Staubes in der Luft — in den Classenräumen vor Beginn des Unterrichtes — durch die vorhergegangene Reinigung derselben, während zur Zeit der Lehrstunden resp. des Schlafens der die Bacterien-Colonien mitführende Staub sich lagert.

N. Keldysch: Untersuchungen der Luft in den Kasernen des Leibgarde-Ismailowschen Regiments in St. Petersburg. (Russ. Med. № 16).

N. S. Klepzow: Zur Frage von den Methoden der Bestimmung der Feuchtigkeit in Mauern und über das Austrocknen neuer Mauern. (Sbor. rab. gigien. lab. Mosk. univer. L. II).

M. B. Kozyn: Zur Frage von den wissenschaftlichen Grundlagen zur sanitären Abschätzung des Wassers. (Ibidem).

J. Milotworski: Zur Frage von der Körperconstitution der Bauern des Ssemjenow'schen Kreises und dem Einfluss einiger Arten der Hausindustrie auf dieselbe. (West. Sud. Med. II).

W. A. Samgin: Die chemische Zusammensetzung der Abflusswässer und des Strassenschmutzes in Moskau. (Sbor. rab. gigien. lab. Mosk. univer. Lief. II).

Epidemien (Endemien), Epizootien. Infection durch Thiergifte.

G. Skadowski: Antwort auf das Urtheil des Herrn Metschnikow über die Bjeloserski'sche Impfung der sibirischen Pest. — Odessa 1888.

Statistik. Medicinische Geographie u. Topographie.

Die Bevölkerung St. Petersburgs nach der Zählung am 15. Juni 1888. — St. Petersburg 1888.

D. P. Nikolski: Zur Frage der Kindersterblichkeit in Russland. — Perm 1888.

Medicinal- und Sanitätspersonal.

D. Shbankow: Ueber freiprakticirende Landärzte. (Russ. Med. № 19).

Типографія «Петерб. газ.» Владимирскій просп. № 12


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07998 7593

